

Année 1969

N°

72

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)
par

Claude ROMANA
né le 8 Juillet 1935, à Saint-Claude (GUADELOUPE)

Présentée et soutenue publiquement le 19

Contribution à la connaissance
de la maladie épileptique :

**Le syndrome d'épilepsie
infra-critique**

Président : M. François LHERMITTE, Professeur

Année 1969

n°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat

par

Claude R O M A N A

né le 8 juillet 1935, à Saint-CLAUDE (Guadeloupe)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE
de la MALADIE EPILEPTIQUE :

LE SYNDROME d'EPILEPSIE
INFRA-CRITIQUE

Président : M. François LHERMITTE, Professeur

THE

OF

UNIVERSITY OF LEEDS

LIBRARY

1950

UNIVERSITY OF LEEDS

UNIVERSITY OF LEEDS

UNIVERSITY OF LEEDS



UNIVERSITY OF LEEDS

UNIVERSITY OF LEEDS

UNIVERSITY OF LEEDS

UNIVERSITY OF LEEDS

CONTRIBUTION à la CONNAISSANCE

DE LA MALADIE EPILEPTIQUE

LE SYNDROME

d'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552201_0003

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.),
BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.),
DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES
(L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.),
LELONG (M.), LEVY (Melle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.),
MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-
RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.),
SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN Georges BROUET

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON

2me ASSESSEUR Jean GOSSET

I - PROFESSEURS

1°) - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

MM.

Anatomie.....	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
- -	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)

Médecine légale, Droit médical et déontologie.....	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
-	KUSS (R.)
-	VERNE (J.M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L-C)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
-	BRICAIRE (H.)
-	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale .	N ..
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N ..

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
-	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
-	GOUGEROT (L.)
-	ROUCAYROL (J-Cl.)
-	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°) - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
- - (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
- (Beaujon)	LORTAT-JACOB (J-L.)
{ -	BAUMANN (J.)
Cliniques (Cochin)	LEGER (L.)
Chirurgicales (Hôtel-Dieu)	PATEL (J.)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J.)
(Salpêtrière)	SICARD A.
(Tenon)	OLIVIER (Cl)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	
(COCHIN)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
- - - (Foch)	PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ...	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	
(Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
(Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	
(Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Bicêtre)	DEPARIS (M.)
(Broussais)	MILLIEZ (P.)
(Cochin)	N..
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M.)
Cliniques médicales (Pitié)	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine)	CONTE (M.)
(Saint-Antoine)	LOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale	
(Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des	
maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)

MM.

Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
(Baudelocque)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales... (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
(Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ...	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ...	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SEZE (S.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F.WIDAL)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R. Poincaré) ..	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
(Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A.Chantin)	DOMART (A.)
(Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
(Pitié)	RAMBERT (P.)
(Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) - Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRE (R.)
.....	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	(AZERAD (E.)
	(BOUR (H.)
	(CAROLI (J.)
	(DREYFUS (B.)
Médecine	(GROSSIORD (A.)
	(LAMBLING (A.)
	(LAUNAY (C 1.)
	(PAYET (M.)
	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET

Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURQ (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
	(KREIS (B.)
Pneumo-phthisiologie	(MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
	(CARTIER (P.)
Biochimie médicale	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladie infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
	(COURSADET (J.)
Physique médicale	(GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr s. ch.
pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr s. ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)
Conseiller administratif Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque)
Conservateur du Musée d'Histoire de la)
Médecine) M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs) Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Bibliothécaires) Mmes CONTET (J.) FORGET (F.)
Mlles DUROZOY (M-F.)
ROBERGE (D.) Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M A M E R E,

A M O N P E R E,

en témoignage de ma profonde affection

A M A F E M M E,

A M E S E N F A N T S,

- 4 -

A M A B E L L E - M E R E

avec toute ma reconnaissance

- 5 -

M E I S

E T

A M I C I S

A MON MAITRE et PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur François LHERMITTE,

Professeur de Neurologie et de Neuro-Psychologie
à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin de la Salpêtrière,

Je le remercie de l'intérêt qu'il a manifesté pour le sujet de cette thèse, et de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant d'en être le Président.

Qu'il veuille bien trouver ici un témoignage de mon admiration et de ma respectueuse gratitude.

Aux Maîtres, dont j'ai reçu l'enseignement à la Faculté de Médecine et dans les Hôpitaux de Paris :

Professeur	MOULONGUET
Professeur	BARIETY
Docteur	POUMAILLOUX
Docteur	LEIBOVICI
Professeur	KOURILSKY
Professeur	SOULIE
Professeur	MOLLARET
Professeur	LELONG
Professeur	LACOMME
Professeur	DEGOS
Professeur	KÜSS
Professeur	AUBRY
Professeur	RENARD

Je leur dois le meilleur de mes connaissances. Qu'ils sachent aussi combien je leur suis reconnaissant d'avoir su m'inspirer l'amour et le respect de la médecine.

Aux Maîtres, dont l'enseignement m'a particulièrement marqué, et qui sont à l'origine de mon orientation neuro-psychiatrique :

Neuro-Anatomie

M. le Professeur André DELMAS

Clinique des maladies
du Système nerveux

M. le Professeur Paul CASTAIGNE

M. le Professeur François LHERMITTE

M. le Professeur Agrégé Dominique LAPLANE

M. le Professeur Jean-Claude GAUTIER

Clinique neurologique

M. le Professeur Georges BOUDIN

M. le Professeur Agrégé Jean LAPRESLE

Clinique des maladies
mentales et de
l'encéphale

M. le Professeur Jean DELAY

M. le Professeur Pierre PICHOT

M. le Professeur Agrégé Pierre DENIKER

M. le Professeur Agrégé Thérèse LEMPERIERE

Clinique de neuro-
chirurgie

M. le Professeur Marcel DAVID

M. le Professeur Agrégé José ABOLKER

Clinique médicale

M. le Professeur Agrégé Jacques BARBIZET

Clinique de neuro-
psychiatrie
infantile

M. le Professeur Léon MICHAUX

M. le Professeur Agrégé Didier DUCHE

Au Docteur Jacques LAROCHE

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de
Paris,

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,

*Durant la période où j'ai été son interne
et au cours de laquelle il m'a considéré plus
en ami qu'en élève, j'ai su apprécier son en-
seignement si captivant, ses conceptions ori-
ginales en psychiatrie basées sur sa riche ex-
périence et sa grande connaissance des problè-
mes humains.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de ma re-
connaissance pour l'aide précieuse qu'il m'a
prodiguée dans cette étude.*

Au Docteur Georges LECOMTE

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques,
Médecin de l'Hôpital de la TIMONE, à Marseille.

Par son attitude vis-à-vis des malades, sa grande compréhension, son humanité et sa facilité de contact, il a profondément marqué mon début d'Internat.

Qu'il me permette de lui exprimer toute ma gratitude.

Aux Docteurs Pierre LÔO
Michel MERCERON
Jacques MENIER
Michèle GUINARD

Médecins des Hôpitaux Psychiatriques,

*Après desquels nous avons toujours trouvé
l'accueil le plus favorable.*

A ceux dont l'amitié m'a été si précieuse durant mon internat, et particulièrement à mes Collègues, et à mes collaborateurs du Centre Psychothérapique de la Nièvre, à LA CHARITE-sur-LOIRE.

Tu vas, Lecteur, découvrir tout au long de ce travail, dont nous souhaitons qu'il ne te semble pas trop long, certaines idées qui nous sont chères, et que nous avons tenté de démontrer.

Mais au moment d'y mettre un point final, si nous t'avons convaincu, il nous vient un scrupule, une inquiétude, un remord même, et le regret de n'avoir pas saisi dans son plein sens la très juste remarque que nous fit le Professeur François LHERMITTE alors que nous lui exposions le plan de cette thèse.

Puisqu'il est encore temps de réparer, après avoir écrit, et déposé, nos conclusions, nous terminerons par ce préambule :

En décrivant l'épilepsie infra-critique, nous avons étudié les traits du caractère de ceux qui ont avec les malades épileptiques, des liens certains de parenté.

Mais nous ne voulons surtout pas semer en eux le trouble, en étendant injustement le cadre de l'épilepsie.

Le Professeur Jean DELAY, notre Maître, a écrit : "Ces deux conséquences pratiques expliquent, selon nous (...) pourquoi des sujets normaux (ou en tout cas bien portants) ont été inquiétés par la découverte d'un tracé "altéré" mais ne comportant, en réalité, que des images fonctionnelles".

Notre désir n'est pas de créer l'inquiétude. Nous voulons, au contraire, essayer de faire mieux comprendre l'attitude, les réactions, le comportement des personnes qui ne sont pas malades.

Sache, Lecteur, que c'est notre seule ambition.

Et si tu trouves maladroit notre exposé, souviens-toi de notre intention, et lis-nous avec indulgence.

C.R.

" Au cours du XIXe siècle, les crises n'avaient pas été inconnues, mais on les considérait comme des maladies de croissance au cours desquelles l'assainissement se produisait automatiquement..."

" A cette conception optimiste des crises inévitables et en définitive salutaires, (certains) opposaient que les crises de plus en plus rapprochées et de plus en plus violentes accélèrent le processus... et que les transformations de structure qui en résultaient les condamnaient à être encore plus fréquentes et plus nuisibles..."

La grande dépression. La
Périodicité des crises.
(Etude de la crise économique
mondiale de 1929)

par Maurice CROUZET
Histoire générale des Civilisations

Tome VII : l'Epoque Contemporaine - p : III

" Les modifications apportées par les détenteurs de capitaux à leurs préférences de placement, à partir des années 80, leur ont été, en partie, imposées par la situation économique française ".

" La situation décrite pour la première moitié du XIX^{ème} siècle est, en effet, renversée : une énorme masse d'Épargne, dégagée de ses emplois traditionnels, est en attente sur le marché financier. Celui-ci ne peut faire face à la demande d'Actifs de rapport qui en résulte. Un état de crise de placements se développe, pour lequel il faudra imaginer des remèdes ".

" L'ANALYSE DES MECANISMES DU DESEQUILIBRE DU
MARCHE FINANCIER SERA DONC SUIVIE PAR L'ETUDE DE
LA SOLUTION APPLIQUEE PAR LES BANQUES ".

Charles Albert MICHOLET

" Les placements des Epargnants français
de 1816 à nos jours "
deuxième partie - Ch. V - p. 207.

Presse Universitaire de France
Paris - 1968

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Quel est le but de ce travail ? Quelle en est la matière, quelles en sont les limites ? En un mot comment le présenter au lecteur ?

Il nous semblait facile de le faire, à partir d'une définition courante de l'épilepsie, à laquelle nous aurions ajouté :

" ce que nous voulons étudier ici, c'est tout ce qui reste de l'épilepsie, quand on en a ôté les crises ".

Nous avons donc cherché notre définition dans des ouvrages médicaux. Et nous ne l'avons pas trouvée; ou plus exactement, nous n'en avons trouvé aucune qui soit utilisable au but que nous nous proposons.

Car la grande majorité des auteurs n'envisagent l'épilepsie que sous l'angle des crises. Tout ce qui n'est pas crise, devient l'autour ou l'alentour des crises : c'est-à-dire pré-critique, post-critique ou inter-critique, voire para-critique.

Et si "l'Epilepsie maladie" est mentionnée, c'est comme tendance à la répétition des crises ! Mention des plus discrètes, et faite par acquit de conscience "pour la cérémonie".

Etant les crises, il ne nous restait rien. Aussi, abandonnant nos ouvrages médicaux, avons-nous décidé d'interroger LAROUSSE "qui sait tout" comme dit FOUREST.

A la page 34 du Tome deuxième de l'édition en trois volumes (Paris - 1966) on peut lire :

" EPILEPSIE, n.f. (gr. epilêpsia attaque) :

affection caractérisée par des crises comportant, selon les cas, des convulsions locales ou généralisées, avec perte de connaissance, des hallucinations sensorielles ou diverses perturbations psychiques, et correspondant à la décharge fonctionnelle d'un groupe de cellules nerveuses ".

Comme l'arbre qui cachait la forêt, la crise, décidément, cache l'épilepsie.

Reconnaissons d'ailleurs qu'elle a tout ce qu'il faut pour frapper l'imagination : soudaineté d'une attaque qui, sans signes annonciateurs, frappe brutalement, un homme jeune, apparemment en pleine santé ; saisissement du sujet, qui pousse un cri et tombe inconscient, comme foudroyé ; violence de cet accès qui le terrasse et tord dans de terribles convulsions son corps pourtant inanimé ; étrangeté d'un drame qui le laisse comme pantelant, courbatu, et cependant sans souvenir de ce qui s'est passé.

Mais, quelque fascination qu'elle exerce, la crise ne résume pas l'épilepsie.

Ce qu'est une crise, on le sait bien dans d'autres disciplines. Chez les économistes, par exemple, qui décrivent avec soin l'aspect, la nature, les conséquences d'une crise économique, mais qui attachent une importance au moins égale à en déterminer les origines, immédiates et lointaines, comme à étudier la manière dont elle se rattache aux facteurs préalables du déséquilibre qui l'a provoquée ; enfin, qui préconisent des solutions et des remèdes variables, adaptés tant à la situation antérieure qu'à la situation nouvellement créée, à ses causes, à ses répercussions, à ses possibilités diverses d'évolution.

Les travaux sur l'épilepsie, à notre avis, y gagneraient s'ils s'inspiraient d'une démarche analogue. Démarche qui n'est d'ailleurs pas autre chose que le schéma normal de toute recherche scientifique.

Si nous avons placé en tête de ce travail une citation de Maurice CROUZET se rapportant à la crise mondiale de 1929, c'est pour montrer combien le modèle économique de la crise est applicable à la pathologie : rien, dans cette citation, ne peut faire deviner qu'elle concerne autre chose que l'épilepsie.

Les lignes de C.-A. MICHOLET, citées ensuite, ne prêtent pas à confusion, mais il nous a semblé intéressant de découvrir les aperçus qu'elles donnent sur l'épilepsie lorsque l'on substitue aux termes employés ceux d' "énergie nerveuse", "organisme" ou "individu".

Les modifications apportées par les sujets disposant d'une réserve d'énergie nerveuse, à leur préférence d'utilisation (à partir d'un certain moment), leur ont été en partie imposées par leur état organique.

La situation décrite (en premier) est, en effet, renversée. Une énorme masse d'énergie, dégagée de ses emplois traditionnels, est en attente dans l'organisme. Celui-ci ne peut faire face à la demande d'activités utiles qui en résulte. Un état de crise se développe pour lequel il faudra imaginer des remèdes.

L'analyse des mécanismes du déséquilibre des déplacements énergétiques sera donc suivie par l'étude de la solution appliquée à l'individu par le médecin.

La crise d'épilepsie témoigne de l'existence d'une maladie dont elle est à la fois expression, signe et preuve. Mais dont elle n'est pas la seule expression, le seul signe, la seule preuve.

LAROUSSE, qui pense à tout, vient d'ailleurs nous rappeler fort à propos qu'une crise est un :

" changement en bien ou en mal, qui survient dans le cours d'une maladie ".

Aussi, résignons-nous : la connaissance de la maladie épileptique et de son cours, est bien indispensable à la compréhension de ses manifestations critiques et, donc, à toute thérapeutique rationnelle.

Il faudra bien qu'un jour on rende aux choses leur ordre naturel, et qu'on fasse passer la connaissance des circuits avant celle des courts-circuits.

De ces circuits, de leur organisation si complexe, de leur fonctionnement, que savons-nous ? Bien peu.

Leur étude appartient, ne peut appartenir qu'aux spécialistes les plus qualifiés.

Pour nous, notre ambition est plus modeste : c'est d'être l'artisan qui pense à les utiliser, pour brancher une ampoule, et fournir ainsi aux meilleurs un peu de la lumière indispensable à leurs travaux.

C H A P I T R E I I

HISTORIQUE de l'ÉPILEPSIE

L'épilepsie a été connue de tous les temps.

Son apparition soudaine, jetant le malade à terre en proie à des mouvements désordonnés, l'envahissement plus ou moins profond de la personnalité, la perturbation globale de la vie psychique lui a fait donner son nom. En effet le mot ÉPILEPSIE vient du grec EPILAMBANEIN (saisir brusquement).

Cette soudaineté d'action, sur la personnalité, entraîne une superstition qui naquit avec les anciens et qui se maintient encore actuellement.

ARETEE l'appelle

" MORBUS HERCULANUS "

L'épilepsie terrasse le malade avec la même facilité qu'Hercule.

" MALADIE DES ENFANTS "

Le mal, envieux de la beauté des enfants, aime à affecter les jeunes de façon à les rendre contre-faits ou inintelligents.

Parmi les autres synonymes citons

" MAL DIVIN "

comme l'appelle PLATON

" MORBUS SACER " mal sacré.

L'épileptique est considéré dans l'antiquité comme étant tantôt inspiré par les Dieux et plein de leur pouvoir sacré, tantôt possédé par le démon.

En effet, l'homme pousse un cri de saisissement et tombe ; alors son corps, pourtant sans vie, est secoué de convulsions terrifiantes, qui sont le signe de la colère des Dieux. Signe destiné aux autres et à eux seuls : puisque lui se réveillera tout à l'heure, demandant ce qui s'est passé. Ce n'est pas lui le malheureux, ce sont les autres ; lui est l'intermédiaire choisi par les Dieux pour se manifester aux autres.

" MORBUS COMITIALIS "

Terme encore en usage de nos jours. Une crise survenant chez un romain au cours d'un comice était considérée comme mauvais augure et suffisait à faire suspendre les séances.

" MORBUS LUNATICUS "

La lune semblait exercer une certaine influence sur le retour des crises.

" MAL DE LA SAINT-JEAN "

Ce saint était souvent invoqué de façon à éviter les crises.

Le côté mystique qui persiste encore parmi le grand public se trouve chez certains médecins des XV^{ème}, XVI^{ème} et XVII^{ème} siècles.

L'un d'eux, PARACELSE, dit de l'épilepsie "C'est la maladie astrale par excellence, le tremblement de terre du microsome".

Se basant sur cette prétendue origine astrale, il disait posséder une formule magique grâce à laquelle il évoquait l'esprit malin, l'invitant à provoquer un dernier accès avant de s'enfuir :

En tourmentant le malade, il arrivait à provoquer une crise et le déclarait guéri.

Une nouvelle crise venait-elle à apparaître, il en trouvait la raison dans un péché commis par son patient.

Cette conception se retrouve dans la littérature.

Dans le récit biblique du jeune garçon à "L'Esprit Impur" on peut lire dans l'évangile selon Saint-LUC :

" Maître, je t'en prie, porte tes regards sur mon fils car c'est mon fils unique. Un esprit le saisit et aussitôt il pousse des cris ; et l'esprit l'agite avec violence, le fait écumer, et à de la peine à se retirer de lui, après l'avoir tout brisé ... Mais Jésus menace l'Esprit Impur, guérit l'enfant, et le rendit à son père ".

Cette même version se retrouve dans l'évangile selon Saint-MARC (9, 14-29) et selon Saint-Mathieu (17, 14-21).

Avec DANTE on trouve une vision poétique de la crise d'épilepsie. Dans Inferno 24, 112 à 118, la comparaison s'impose entre Fucci "reconstruit" et un épileptique:

" Tout comme celui qui tombe sans savoir pourquoi - qu'il soit possédé par un esprit malin qui le tire au sol ou qu'il soit saisi par une oppression qui le paralyse - se retrouve lorsqu'il se relève et regarde autour de soi, stupéfait et confus du grand tourment qu'il a dû endurer et ne peut que soupirer en reprenant ses sens. Ainsi se trouvait ce pêcheur lorsqu'il renaissait des cendres ".

On retrouve dans cette citation la conception mystique de la maladie mais elle côtoie là, une conception plus naturelle : cette idée

d'oppression qui paralyse coïncide avec celle des médecins de l'époque qui expliquaient la crise par l'obstruction sur le chemin que l'esprit vital doit parcourir du cœur au cerveau.

Ce nom d'épilepsie, que nous gardons actuellement, nous le devons à la médecine grecque, qui a su dépouiller cette maladie de tout son côté mystique.

D'abord le "physiologue" pré-hippocratique, ALCEON de CROTONE (vers 500 av. J.-C.) s'attaque de plus près à l'être vivant et formule l'hypothèse (qui nous apparaît aujourd'hui une lapalissade) que le cerveau est à l'origine de toutes les maladies de la tête parmi lesquelles se range l'épilepsie.

Ensuite le Maître de Cos, HIPPOCRATE, dans son "LOGOS" sur le "mal sacré" dit :

" Veut-on la supposer divine à cause du merveilleux qu'elle présente ? Mais alors il y aura beaucoup de maladies sacrées et non une seule : car je montrerai que d'autres maladies que personne ne considère comme sacrées ne sont ni moins merveilleuses ni moins effrayantes ".

Pendant longtemps la maladie se résume à la crise de grand mal. Ensuite on reconnaît l'aura comme annonciatrice de cette crise.

Un pas fut franchi quand on admit que l'Aura pouvait ne pas être suivie de crise ; cette idée amène ensuite la notion de petit mal, de crises épileptiformes et d'équivalents épileptiques.

Puis BRAVAIS et HERPIN assimilent les convulsions localisées à un hémicorps et certains phénomènes psycho-moteurs à des crises d'épilepsie.

Cette parenté entre ces "équivalents" et la crise de grand mal a été longtemps controversée ; JACKSON, en 1870, considère, après une étude poussée sur les crises épileptiformes, que l'épilepsie est "une" et que la crise n'est qu'un symptôme. Il écrit à ce sujet :

" Une convulsion n'est qu'un symptôme et signifie simplement une décharge occasionnelle récessive et désordonnée du tissu nerveux ".

Il explique les différentes formes par une localisation différente de la décharge initiale.

Cette étude séméiologique des crises épileptiformes permet à JACKSON d'abord, et ensuite à PENDFIELD de décrire et de reconnaître comme épileptiques les crises, motrices, sensibles, sensorielles, et celles que l'on appelle aujourd'hui psychiques et psychomotrices.

En 1881 le neurologue anglais GOWERS fait la distinction entre l'épilepsie idiopathique et les épilepsies symptomatiques dont l'origine peut être connue.

Dès la même époque l'existence de cette épilepsie idiopathique est combattue par les neurologues français LASEGUE et PIERRE MARIE. De nos jours elle voit, avec les progrès de la technique, son domaine se rétrécir, mais elle garde sa place au sein de l'épilepsie.

Dès le début du XXème siècle les recherches anatomo-cliniques permettent une meilleure compréhension du mécanisme de la crise.

BAGGLIO et MAGNANI, en 1909, montrent que la strychnisation d'une portion de l'aire motrice corticale entraîne l'apparition, au niveau des muscles qui lui répondent, de brusques contractions cloniques, semblables aux phénomènes cliniques de l'épilepsie.

Actuellement, encore, de nombreuses recherches, tant macroscopiques que microscopiques, se poursuivent inlassablement. Il en est de même des recherches sur les rapports existant entre les crises d'épilepsie et certains troubles métaboliques : modification de la glycémie, de la calcémie, du milieu endogène en général.

Un essai de classification a été effectué en 1907 lors du Congrès des psychiatres Allemands à Francfort. Cette classification se poursuit encore de nos jours car elle ne satisfait pas les épileptologues qui jugent la maladie suivant une optique qui leur est propre.

Une étape importante a été franchie en 1929 grâce au psychiatre et neurologue HANS BERGER d'Iéna, qui posa les principes de l'électroencéphalographie.

Ses travaux ne furent pas reconnus tout de suite, à cause du manque d'application pratique pour le diagnostic.

En 1934, ADRIAN et MATHEWS publient le résultat de leurs travaux et montrent la valeur de l'électroencéphalogramme en tant que moyen diagnostique.

En 1935, GIBBS, DAVID et LENNOX décrivent les tracés enregistrés durant les crises d'épilepsie. De nombreux tracés des différents types furent enregistrés et semblèrent justifier les théories de JACKSON.

Mais la pratique de l'électroencéphalogramme systématique comme moyen de dépistage des recrues amena les électroencéphalographistes à revoir leur critère de diagnostic et à connaître les limites et la valeur de leurs techniques.

Si l'électroencéphalogramme donne parfois une localisation précise de la lésion, il ne donne souvent qu'une information incomplète ou nulle sur son étiologie.

La thérapeutique suit de près l'évolution de la maladie.

Dans l'antiquité la thérapeutique trouvait son succès dans l'ignorance et la superstition des populations :

C'était l'époque des Saints-Guérisseurs, des incantations, des formules magiques, l'ère de la sorcellerie.

On faisait appel à n'importe quoi : cervelle de chameau, testicules d'hippopotame, extraits de vers de terre, absorption de sang frais de gladiateur ou d'épileptique en crise. Il arrivait même que les moyens violents soient employés : scarification du cuir chevelu, bain par surprise, etc ...

Ensuite, ce fut l'ère des végétaux avec anis, aloès, belladone, chanvre indien, chardon bénin, digitale, herbe de Saint-Jean, pilocarpine, oranger, etc ...

Enfin, l'ère des produits chimiques : ammoniacque, bleu de méthyle, caféine, chlorure de potassium, cuivre, ether, nitrite d'Anyle, or, etc ...

La première médication efficace contre les crises d'épilepsie remonte à 1857 avec Sir CHARLES LOCOCK, qui décrivit les effets thérapeutiques du Bromure de Potassium. Ensuite, les médications actives furent assez vite découvertes. Le phénobarbital en 1912. La diphantoïne, 1937. Le mesantoïne, 1940. Le triadone, 1944. Le paradione, 1945. La phénacetylurée, 1954. La mysoline, 1951. Le zarontin, 1960, etc ...

Les traitements chirurgicaux s'adressent en particulier aux épilepsies traumatiques et tumorales. Les essais des traitements d'épilepsie idiopathique résistant à la chimiothérapie se sont soldés par une reprise des crises après une courte rémission.

o

o o

C H A P I T R E I I I

EPILEPSIE ET TROUBLES PSYCHIQUES : HISTORIQUE

La survenue des troubles mentaux chez les épileptiques est un fait connu depuis l'Antiquité.

Toutefois, depuis ARETEE de CAPPADOCE, qui semble en avoir donné la première description, en passant par GALIEN et AVICENNE, les auteurs se sont longtemps contentés de mentionner ces troubles, auxquels ils attachaient une importance secondaire, les considérant comme de simples signes de l'affaiblissement intellectuel provoqué par la répétition des crises.

C'est seulement à partir du XIXème siècle qu'ont été entreprises les recherches systématiques, à partir desquelles s'est progressivement dégagée une conception moderne de l'épilepsie.

Schématiquement, on peut distinguer trois périodes.

A - PERIODE CLINIQUE -

C'est l'époque de la description clinique de l'épilepsie.

Dans un premier temps, les auteurs s'attachent à l'étude des attaques motrices, qui sont, pour eux, l'unique manifestation de l'épilepsie. Ils considèrent que les troubles psychiques ne sont pas une expression directe de la maladie, mais seulement une complication, d'ailleurs presque constante, de la répétition des crises.

C'est ainsi que CALMEL relève 240 cas de démente sur 300 observations d'épileptiques et ESQUIROL 155 sur 339 cas.

En même temps qu'ils décrivent les diverses formes cliniques de l'attaque, les auteurs cherchent à reconnaître les facteurs susceptibles de précipiter l'évolution démentielle.

CALMEIL, en 1824, consacre sa thèse à "L'Epilepsie sous le rapport de son siège et de son influence sur la production de l'Aliénation mentale."

ESQUIROL considère que la fréquence et la violence des crises sont les principaux facteurs qui provoquent la démence.

BOUCHET et CAZAUVIELLE, en 1825, puis A. FOVILLE, en 1831, sont les premiers à signaler que le petit mal semble se compliquer de démence, plus constamment et plus précocement que le grand mal.

En 1852, BRIERE de BOISMONT, remarque que les troubles psychiques sont d'autant plus profonds que l'épilepsie est apparue tôt, et qu'elle est d'évolution plus ancienne.

Pourtant, dès cette même année 1852, BILLOD fait état de quelques observations d'épileptiques n'ayant jamais présenté d'affaiblissement démentiel. D'autre part, devant certains cas où l'affaiblissement intellectuel avait évolué vers la guérison, DELASIAUVE propose en 1854 de substituer au terme de démence, manifestement impropre, celui de "stupidité chronique" pour désigner l'ensemble des troubles psychiques de l'épilepsie. Et FALRET, en 1860, constate que malgré l'intensité et la fréquence de leurs crises, certains épileptiques gardent toujours intactes leurs facultés intellectuelles.

Enfin, traitant de l'état intercritique des épileptiques, certains auteurs, à la suite de FALRET, MOREL et DELASIAUVE, décrivent une "mentalité" épileptique particulière, marquée notamment par l'irritabilité, la tendance aux colères et à la violence, la susceptibilité, la grande

variabilité de l'humeur et de l'activité.

Ces troubles du caractère sont si précisément décrits que FERE les considère, en 1890, comme suffisants à faire soupçonner l'épilepsie, en l'absence de crises convulsives connues.

Ainsi se dégage progressivement cette notion que les troubles psychiques des épileptiques ne sont pas exclusivement de nature démentielle et qu'ils ne sont pas nécessairement déterminés par la répétition des attaques convulsives.

Une nouvelle étape s'ouvre en 1860.

Considérant que les troubles psychiques de l'épilepsie sont l'expression mentale de la maladie, au même titre que les attaques en sont l'expression motrice, MOREL décrit "l'épilepsie larvée" dans laquelle il groupe tous les troubles psychiques paroxystiques à caractère comitial, survenant chez des individus qui n'ont jamais présenté de crise. Il montre que des crises motrices viennent souvent compléter, parfois après une longue évolution, le tableau de l'épilepsie larvée, faisant ainsi la preuve de l'Unité de l'épilepsie, dans ses manifestations psychiques et motrices.

Dans la même perspective, FALRET décrit parallèlement aux attaques de petit mal et de grand mal, le "petit mal intellectuel" à expression psychique pure, et le "grand mal intellectuel", où les troubles psychiques s'accompagnent de réalisations motrices impulsives.

L'existence des manifestations psychiques pures de l'épilepsie est maintenant reconnue. Mais, délivrée de la nécessité de faire sa preuve par des crises, l'épilepsie devient aussitôt pléthorique. Et les auteurs s'efforcent en vain de donner à la maladie un cadre et des limites, que la clinique seule est désormais impuissante à fournir.

B - LES RECHERCHES ANATOMO-CLINIQUES -

Elles impriment une orientation en apportant à l'épilepsie la dimension étiologique.

La découverte de lésions, responsables de certaines épilepsies, permet de distinguer les "épilepsies symptomatiques" des "épilepsies essentielles" qui n'ont pas encore fait leur preuve étiologique.

A mesure que se développent les techniques, (anatomiques, anatomo-pathologiques, histologiques, physiologiques, neuro-chirurgicales), le cadre des épilepsies symptomatiques s'accroît et se précise aux dépens de l'épilepsie essentielle.

Pourtant, celle-ci demeure et s'affirme. Plus on en sépare les épilepsies symptomatiques, plus elle apparaît nettement comme une entité clinique bien individualisée, ayant ses caractères propres, qui inclinent certains à la considérer comme la forme la plus pure de l'épilepsie.

Parmi les techniques modernes, l'électro-encéphalographie est assurément celle qui a le plus apporté à la connaissance de l'épilepsie. La découverte d'altérations électroencéphalographiques caractéristiques de la comitialité fournit en effet le critère positif grâce auquel on peut enfin cerner le cadre nosologique des épilepsies. D'autre part, l'analyse de ces altérations, c'est-à-dire l'étude de leur type, de leur caractère généralisé ou localisé, de leurs conditions d'apparition, de leur mode de diffusion, de leur répartition temporelle et spatiale sur le scalp, permet de franchir un pas immense dans l'individualisation des diverses formes d'épilepsie.

Données cliniques et électroencéphalographiques confirment et précisent la distinction précédemment faite entre deux grandes variétés de la maladie.

- 1°) - l'épilepsie idiopathique pure caractérisée pour GASTAUT :
 - cliniquement par des manifestations paroxystiques

généralisées, à type de grand mal, d'absences ou de myoclonies, sans troubles psychiques paroxystiques ou permanents ;

- électro-encéphalographiquement, par l'apparition, sur un rythme de fond normal, d'anomalies intercritiques, identiques, quel que soit l'aspect clinique des crises : paroxysmes bilatéraux, symétriques, synchrones, de pointe-ondes ou polypointe-ondes (à la rigueur de polypointes) rythmiques de fréquences comprises entre 3 et 3,5 c/s ;
- étio-pathogéniquement, par l'absence de lésion organique décelable : l'épilepsie idiopathique apparaît comme l'expression d'une dysrythmie cérébrale purement fonctionnelle, sans substrat lésionnel, allant de pair avec un abaissement variable, mais constant du seuil convulsivant.
- génétiquement par le caractère héréditaire et familiale de la maladie.

2°) - les épilepsies symptomatiques qui sont au contraire organiques, lésionnelles et dont l'E.E.G. permet de déterminer avec une grande précision la focalisation.

L'électro-encéphalographie apporte en outre deux éléments de très grande importance : elle confirme l'unité de la maladie, à travers ses manifestations cliniques pourtant très diverses, et montre l'existence, en dehors des crises, d'anomalies électriques paroxystiques, bilatérales et synchrones qui n'ont pas d'expression clinique.

GASTAUT écrit que ces paroxysmes soi-disant "intercritiques" ne méritent pas d'être différenciés des crises elles-mêmes, dont ils constituent des équivalents mineurs, purement électriques, que l'on appelle quelques fois avec beaucoup d'à-propos "crises infracliniques".

L'étude des corrélations anatomo-cliniques, devenue de plus en plus précise grâce à l'E.E.G. enrichit rapidement la connaissance des épilepsies symptomatiques, qui trouvent à juste titre et tout naturellement leur place parmi les affections neurologiques. Cependant, à mesure que les épilepsies symptomatiques sont dirigées vers neurologues et neuro-chirurgiens, les psychiatres voient le champ de leur expérience se restreindre non aux épilepsies idiopathiques, mais aux épileptiques atteints de troubles mentaux.

De ce moment les expériences des divers spécialistes cessent d'être superposables. Les malades qu'ils sont amenés à voir font en effet l'objet d'une sélection clinique préalable, schématisée dans le tableau di-dessous :

		avec troubles psychiques	sans troubles psychiques
Malades atteints d'épilep- sies	symptomatiques	Neurologues Neuro-chirurgiens Psychiatres	Neurologues
	idiopathiques	Psychiatres	Médecins généralistes

Les malades atteints d'épilepsie idiopathique sans troubles psychiques échappent le plus souvent à l'observation du spécialiste.

Neurologues et psychiatres ne se rencontrent en général que sur le terrain des épilepsies symptomatiques, accompagnés de troubles psychiques et pour lesquelles l'avis du neuro-chirurgien est habituellement sollicité. Encore faut-il noter que même dans ce cas le recrutement des malades est encore différent : ce sont les épilepsies symptomatiques d'apparition récente

que voient les neurologues, alors que l'expérience des psychiatres concerne plutôt les malades dont l'épilepsie est ancienne, et particulièrement des malades chroniques internés.

Dans ces conditions il est bien évident que l'opinion des spécialistes diverge, selon la discipline à laquelle ils appartiennent. De cas analogues, ils ont tendance à tirer des conclusions différentes, voire contradictoires, car chacun se réfère à son expérience personnelle, qui porte sur des malades pré-sélectionnés, et constituant un échantillon particulier, non représentatif de l'ensemble de la population des épileptiques.

Aussi ne faut-il pas s'étonner si la conception des troubles psychiques de l'épilepsie est désormais totalement faussée.

C - L'ERE THERAPEUTIQUE -

Recouvrant en partie la période précédente, elle est marquée par la découverte de substances douées d'une action efficace sur les crises. Ces substances ne guérissent pas la maladie, elles permettent de " contrôler " les crises, les critères d'efficacité étant :

- la disparition des manifestations cliniques paroxystiques,
- et la normalisation du tracé électroencéphalographique ; c'est-à-dire la disparition complète et permanente des anomalies paroxystiques.

L'action des médications anti-comitiales apporte des arguments supplémentaires aussi bien à la théorie de l'unité de la maladie qu'à l'individualisation de ses diverses formes cliniques.

Il existe en effet des substances dont l'action sur certaines formes d'épilepsie est quasi-spécifique : ainsi l'OXAZOLIDINE

permet le contrôle du petit mal, alors qu'elle est dépourvue de toute activité sur le grand mal.

Par contre, nombre de produits se montrent également efficaces, quelle que soit la forme, étiologique ou clinique, de l'épilepsie en cause.

En outre, l'administration, chez un même malade de doses croissantes d'un médicament efficace, élève graduellement le seuil convulsivant et peut modifier la symptomatologie en " décapitant " les crises, faisant apparaître progressivement toute la gamme des formes " dégradées " de l'épilepsie initiale.

La confrontation des données cliniques, thérapeutiques et électro-encéphalographique permet maintenant d'affirmer que certains troubles psychiques paroxystiques ont bien le caractère de crises comitiales authentiques, à expression psychique pure, ainsi que l'avaient pressenti MOREL et FALRET.

Elle permet simultanément, et le plus souvent sans ambiguïté, d'en distinguer les troubles psychiques aigus, non comitiaux, qui peuvent survenir chez les épileptiques.

D'autre part, l'existence d'une thérapeutique, entraînant la disparition des crises dans un nombre croissant de cas, contraint enfin l'ensemble des cliniciens à s'intéresser, non plus à l'épilepsie, mais aux épileptiques.

Que loin de disparaître les troubles caractériels puissent, au contraire, s'accroître paradoxalement lors de la cessation des crises, fait redécouvrir aux médecins cette " mentalité particulière " si discutée, décrite par les anciens auteurs.

Rares jusque là, les recherches systématiques sur la personnalité épileptique commencent à remplacer le traditionnel paragraphe consacré à l' "Etat mental intercritique des épileptiques". Et le développement de la psychologie va permettre, à l'aide de critères précis, une étude plus rigoureuse de leur intelligence et de leur personnalité.

C H A P I T R E I V

NOTIONS ACTUELLES SUR LES TROUBLES

PSYCHIQUES DES EPILEPTIQUES

Il est devenu classique, notamment depuis le colloque de MARSEILLE de 1956, de diviser en trois groupes les manifestations psychiques de l'épilepsie.

1°) - Manifestations paroxystiques critiques, c'est-à-dire crises d'épilepsie à expression psychique.

2°) - Manifestations temporaires intercritiques, répondant aux épisodes psychotiques intercritiques survenant chez les épileptiques.

3°) - Manifestations permanentes, répondant aux "anomalies de l'intelligence et du caractère".

C'est ce dernier groupe de manifestations permanentes de l'épilepsie que nous nous sommes proposés d'étudier.

Avant de faire le point des connaissances actuelles sur cette question, précisons que, pour notre part, ces manifestations ne sont pas, a priori, des "anomalies". Nous considérons qu'il s'agit de particularités de l'intelligence et du caractère, qui ne deviennent pathologiques que parce qu'aucun traitement n'a été institué préventivement.

A - L'ETAT INTELLECTUEL DES EPILEPTIQUES

1°) - La détérioration mentale est beaucoup plus rare qu'on ne l'avait pensé : moins de 10% des cas. Elle est toujours liée à des lésions organiques de l'Encéphale.

On doit distinguer, avec Léon MARCHAND, et Julian de AJURIA-GUERRA :

a) - la démence épileptique proprement dite, où la détérioration est provoquée par des altérations cérébrales survenant pendant les accidents épileptiques et à leur occasion. Il s'agit principalement d'enfants qui présentent des lésions cérébrales à l'occasion des crises et surtout des états de mal.

b) - les cas où démence et épilepsie sont symptomatiques d'une même affection évolutive de l'encéphale.

2°) - Le niveau intellectuel des épileptiques "ambulatoires" est légèrement inférieur à celui de la population normale. Dans le groupe des épileptiques, les sujets atteints d'épilepsie idiopathique donnent des résultats nettement supérieurs à ceux des sujets atteints d'épilepsie symptomatique ; cette supériorité est encore plus nette chez l'enfant.

3°) - Qualitativement, l'intelligence des épileptiques présenterait certains caractères particuliers :

a) - la bradypsychie est considérée comme très fréquente. Toutefois, elle n'est pas spécifique, puisqu'elle se rencontre dans la plupart des affections cérébrales organiques.

b) - des troubles du langage consistant en :

- troubles de l'articulation verbale : bégaiement, blésité
- pauvreté de vocabulaire, qui a été attribuée aux insuffisances de la scolarité, et aux difficultés d'adaptation sociale des épileptiques.

c) - des troubles de la mémoire, que les auteurs rattachent en général étroitement aux troubles de l'attention, au point de mal les en distinguer. Certains considèrent que les troubles de l'attention sont en rapport direct avec des absences infra-cliniques.

d) - la variabilité de l'efficacité intellectuelle est très souvent mentionnée.

B - LES TROUBLES DU CARACTERE

Chez les épileptiques, les troubles caractériels les plus fréquemment signalés sont :

- l'instabilité de l'humeur et de l'activité;
- la tendance aux réactions explosives, violentes et clastiques;
- l'irritabilité, la susceptibilité, l'hypersensibilité;
- la pauvreté émotionnelle;
- la rigidité;
- l'adhérence au concret, aux objets, avec répugnance à la symbolisation, se manifestant dans le langage par l'union presque organique de la chose et du nom (WALLON);

- l'attachement à la routine, l'amour de l'ordre, le respect des usages, des formes et des convenances ;
- la persévération ;
- l'affectivité collante, l'adhérence aux personnes de l'entourage.

Certains de ces troubles ont été réunis et rattachés à la "viscosité psycho-affective" des épileptiques.

Le plus souvent, les troubles du caractère ont été relevés sans souci d'établir des corrélations anatomo-cliniques, et en dehors de toute recherche normative.

Ainsi les troubles mentionnés ci-dessus ne représentent-ils qu'une somme, un inventaire des troubles rencontrés chez les épileptiques, ou plus exactement chez des épileptiques, au hasard d'observations prises selon des optiques très différentes, dans des échantillons de population aussi hétérogène que :

- des malades internés en Hôpital Psychiatrique,
- des malades hospitalisés dans des services de neurologie ou de neuro-chirurgie,
- des malades de consultation externe.

C - LES ESSAIS d'INTERPRETATION DES TROUBLES PSYCHIQUES

Les interprétations proposées par divers auteurs résultent de l'application de leurs positions doctrinales à des faits qui, nous l'avons vu, se prêtent bien difficilement à un traitement scientifique valable.

1°) - La position constitutionnaliste -

C'était à l'origine, celle des aliénistes. Elle a été particulièrement défendue par Françoise MINKOWSKA, selon qui :

a) - l'épilepsie-maladie est l'épilepsie essentielle

Les épilepsies symptomatiques ne constituent pas une entité morbide : elles ne peuvent être considérées que comme des événements survenant accidentellement à la suite de lésions encéphaliques.

b) - l'épilepsie essentielle n'est que l'exagération d'un type normal de personnalité, héréditaire et constitutionnel :

- la constitution épileptoïde ou épileptoïdie.

c) - l'épileptoïdie est définie par :

- des critères typologiques : essentiellement la constitution athlétique
- un mode de transmission : héréditaire et familial.
- un type particulier d'organisation psychologique, marqué par la viscosité : l'affectivité, peu mobile, est concentrée, condensée, ramassée, comprimée, entraînant une adhérence aux personnes et aux objets, sans syntonie. De cette viscosité, résulte une stase émotionnelle ; les expériences accumulées sans décharge suffisante, provoquent une tension croissante qui, lorsqu'elle atteint un certain seuil, déclenche une explosion libératrice, à type de décharge brutale, totale et incoercible.

- une formule spécifique au test de RORSCHACH, qui fait apparaître au premier plan les persévérations et les signes "liens". (1)

De cette thèse découlent les conclusions suivantes :

a) - La psychologie épileptoïde, et particulièrement les troubles du caractère et les troubles mentaux ressortissant à l'épileptoïdie, sont spécifiquement attachés à l'épilepsie essentielle, idiopathique, dans laquelle ils doivent être constants et nets. On ne doit pas les rencontrer dans les épilepsies symptomatiques, où les troubles psychiques, comme l'épilepsie, sont secondaires aux lésions de l'encéphale.

Or, les partisans de la thèse constitutionnaliste estiment que les troubles caractériels sont particulièrement discrets dans l'épilepsie idiopathique. Lorsqu'ils existent ce serait, selon eux, sur un mode mineur et dans moins de 50% des cas.

Par contre, une formule "épileptoïde" manifeste accompagne plus de 50% des cas d'épilepsie symptomatique.

b) - Le caractère héréditaire de l'épilepsie devrait appartenir spécifiquement à l'épilepsie idiopathique.

Or, si ce caractère héréditaire et familial est retrouvé dans 60% des cas d'épilepsie idiopathique, on le retrouve aussi dans les

(1) - Les "persévérations" ont été décrites et étudiées par F.MINKOWSKA qui en faisait des éléments de grande valeur pour l'établissement du diagnostic. Toutefois, elles n'ont pas été retenues par les psychologues, qui considèrent que seule la persévération est un signe à prendre en considération.

épilepsies symptomatiques, avec une fréquence moindre, mais néanmoins considérable.

c) - Le syndrome d'épileptoïdie, lié à l'épilepsie idiopathique, devrait avoir un caractère héréditaire et familial manifeste.

Or si les épilepsies essentielles avec troubles mentaux graves, c'est-à-dire les épilepsies "asilaires", ont bien ce caractère héréditaire, les épilepsies idiopathiques, qui ont ce même caractère héréditaire, s'accompagnent de troubles caractériels, n'appartenant pas à l'épileptoïdie et évoluant habituellement sur un mode mineur tel, que leur existence est même niée par beaucoup d'auteurs.

La thèse constitutionnaliste de Françoise MINKOWSKA se trouve infirmée, dans ses principales implications.

2°) - Exactement à l'opposé, se situe la position neurophysiologique particulièrement représentée par GASTAUT, qui écrit :

" La sémiologie intercritique des épilepsies résulte non pas des crises épileptiques, mais des lésions qui, dans un grand nombre de cas, les provoquent. C'est ainsi que les crises qui ne dépendent pas d'une lésion cérébrale, mais seulement d'une prédisposition anormale du sujet à se convulser, ne se manifestent par rien de particulier dans leur intervalle, tandis que celles qui sont secondaires à une lésion cérébrale sont quelques fois accompagnées par un cortège plus ou moins important de signes neuro-psychiques."

" Les troubles du comportement et du caractère sont très fréquents chez les épileptiques où ils résultent très souvent du genre de vie anormal qui leur est imposé par leurs crises ou d'injustes préjugés. Il existe toutefois une variété particulière d'épilepsie partielle, qui trouve son origine dans une lésion des régions temporale, hippocampique et périfalciforme, qui est responsable de troubles très particuliers du comportement dont les éléments dominants sont : l'irritabilité, l'agressivité et l'impulsivité. Ces malades sont volontiers instables et explosifs, soumis à de brusques changements d'humeur et présentent facilement des réactions coléreuses violentes. Ils sont au surplus susceptibles, obséquieux, adhésifs et peuvent présenter des traits de caractère pervers, des idées obsédantes et une religiosité "morbide". "

L'interprétation (de la sémiologie intercritique) est des plus facile à établir, car il est évident qu'une telle symptomatologie dépend directement et exclusivement des lésions cérébrales qui provoquent également les crises. Les épilepsies non lésionnelles, qui résultent d'un trouble fonctionnel cérébral, ne présentent donc aucune symptomatologie neuropsychique dans l'intervalle des crises.

Le seul point qui mérite discussion est celui qui concerne les troubles du comportement si particuliers que nous avons décrits dans l'intervalle des crises chez certains épileptiques. Les études poursuivies à ce propos dans le laboratoire de neuro-biologie de MARSEILLE ont montré qu'ils coïncident généralement avec une lésion de la région périfalciforme amygdalienne ou hippocampique. Les travaux de HERRICK et PAPEZ, et plus récemment ceux de GASTAUT et collaborateurs, ont montré les rapports avec la régulation de la vie affective. Elles ont également démontré que la proportion des épilepsies symptomatiques d'une lésion de ces régions passait de 20% dans la population habituelle d'une consultation à 80% dans celle d'un asile (DONGIER et Mme ROGER) ; ce qui implique cette importante notion que les syndrômes épileptico-démentiels ne résultent pas de

la répétition des crises épileptiques mais des lésions qui les provoquent ".

Essayons de faire la synthèse des idées exprimées dans ces lignes, qui sont extraites d'un même article de GASTAUT :

a) - Les symptômes neuro-psychiques intercritiques n'existent que dans les épilepsies lésionnelles, et dépendent directement et exclusivement des lésions en cause. Les épilepsies par lésions rhinencéphaliques s'accompagnent de troubles du caractère et du comportement bien particuliers et spécifiques. Quant aux syndrômes épileptico-démentiels, ils ne sont pas en rapport avec la répétition des crises, mais sont déterminés par les lésions qui provoquent ces crises, et principalement par les lésions rhinencéphaliques.

b) - Les épilepsies non lésionnelles, idiopathiques, ne s'accompagnent pas de troubles spécifiques du caractère et du comportement.

c) - La majorité des épileptiques, quelle que soit la forme d'épilepsie dont ils souffrent, présentent des troubles non spécifiques du caractère et du comportement, dus au mode de vie que les crises leur imposent, et aux "injustes préjugés" dont ils sont victimes.

Cette thèse, au-delà des contradictions apparentes, a le mérite de présenter une certaine cohérence au moins théorique.

Des critiques peuvent lui être apportées. Sur le plan méthodologique, par exemple, certaines affirmations ne sont pas démontrées. Elles

sont fondées sur l'opposition entre le caractère spécifique de certains symptômes dont la spécificité n'est prouvée ni par une étude qualitative et quantitative, ni par une comparaison avec une population de référence, et l'absence de spécificité d'autres symptômes, dont l'inventaire n'est pas fourni et dont l'origine réactionnelle nous paraît avancée sans aucun essai de démonstration clinique et psychopathologique. Certaines notions paraissent résulter de la comparaison de populations hétérogènes.

L'expérience clinique journalière est en opposition avec la thèse de GASTAUT.

Nous voyons en consultation des épileptiques, et nous savons très bien que ces malades présentent tous des troubles plus ou moins marqués du caractère, source de difficultés parfois très graves d'adaptation sociale.

Ces troubles nous paraissent revêtir une certaine spécificité qui n'est pas réductible à une symptomatologie purement réactionnelle si-
non en retrouverait ces troubles chez les gouteux et les asthmatiques, chez les sujets atteints de cardiopathie congénitale, chez les bossus ou chez les "poitrinaires", car leur maladie leur impose un mode de vie anormal et ils sont, plus que d'autres, victimes d'injustes préjugés.

3^d) - Henri EY étudie en phénoménologiste la "mentalité" épileptique qui devient le mode d'existence imprimé à la vie psychique par le processus organique.

Analysant la personne et le monde épileptique, il écrit :

" Cet homme dont les crises et les paroxysmes sont devenus le rythme existentiel, nous pouvons nous le représenter et le décrire de telle façon que dans la structure de sa personne et de son monde nous n'avons pas de peine à reconnaître comme des évidences les "facteurs", les "traits" que les psychologues "déchiffrent" péniblement, ou les "systèmes pulsionnels" que les psychanalystes y ont laborieusement "découverts".

Compression, décharges paroxysmales, frénésie épileptique, sont les trois termes auxquels aboutit l'analyse. Et :

" l'habitus psychique tout à la fois non spécifique et spécifique de l'homme épileptique paraît constituer la forme d'existence, le type d'expérience vécue par l'épileptique, dont le cerveau n'est pas ou n'est plus capable de fonctionner librement et sans risquer à tout instant de faire explosion ".

L'analyse de EY du monde épileptique peut paraître à certains relever d'une interprétation subjective et personnelle liée à sa position doctrinale, qui n'est pas admise par tout le monde.

Quoiqu'il en soit, il exprime à notre avis sans les saisir totalement et en les frôlant certaines vérités qui nous semblent fondamentales. Par exemple :

" Cet homme que ses crises et ses paroxysmes font vivre sous la menace permanente d'un cataclysme marquant sa vie d'une coupure et disloquant son monde, cet homme dont l'existence n'est plus qu'une lutte incessante pour préserver sa continuité, et qui ne peut se laisser aller vers aucun des rythmes de la nature ..."

ou bien :

" L'habitus psychique spécifique de l'homme épileptique paraît constituer la forme d'existence, le type d'expérience vécue par l'épileptique qui ne peut laisser fonctionner librement son corps et son cerveau sans craindre à tout instant que le monde fasse explosion.

Au-delà de l'analyse structurale, l'excellent clinicien qu'est Henri EY décrit deux types de "personnalité" épileptique.

a) - La "personnalité" hystéro-épileptique, où

- l'hyperesthésie émotionnelle, l'instabilité et l'irritabilité prédominant;
- le seuil convulsif est abaissé;

- il n'y a pas de tendance à la détérioration;
- les crises sont utilisées comme moyen inconscient de défense et d'expressivité névrotique.

b) - La "personnalité épileptoïde ", où

- le syndrome de compression avec persévération et viscosité prédomine;
- la "frénésie impulsive" est engagée dans un mode d'existence, qui emprunte aux crises incomplètes et aux psychoses aiguës ses caractères de violence et de contraste;
- il y a tendance à la détérioration et à l'hébétude;
- on rencontre tous les intermédiaires entre troubles caractériels aigus et paroxysmes psychiques comitiaux dont la distinction devient souvent arbitraire et illusoire.

L'association de l'hystérie et de l'épilepsie que fait Henri EY se heurte selon nous à une impossibilité, ces deux syndrômes s'excluant naturellement du fait qu'ils relèvent de type différents de structuration primaire de la personnalité.

Henri EY a, lui aussi, été fasciné par les crises. Il le montre lorsqu'il pose que l'épilepsie :

" Est une modification de la personnalité laquelle est celle d'un malade qui a des crises, mais aussi d'un malade dont l'existence est engagée dans et par les brusques variations paroxystiques de déstructuration de sa conscience dans une "manière-d'être-au-monde-épileptique ".

Au stade des corrélations anatomo-cliniques, se basant sur ses conceptions théoriques, EY distingue :

a) - Le type icto-comitial diencephalique, expression clinique de l'épilepsie idiopathique, présentant peu de complications psycho-pathologiques ; les traits du caractère sont du type hystero-épileptique, avec

plus de composantes névrotiques que d'épileptoïdie.

b) - Le type icto-comitial cortical diffus, s'observant surtout en Hôpital psychiatrique, dans les arriérations encéphalopathiques et les syndrômes épileptico-démentiels.

c) - Le type graduo-comitial, correspondant à l'épilepsie psychomotrice ou temporale. Les éléments structuraux y sont groupés dans leur aspect le plus typique de personnalité épileptoïde et on les rencontre principalement dans cette forme qui, pour EY, représente la vraie épilepsie.

La distinction entre épilepsie diencephalique et corticale est très aléatoire, mais ceci est de peu d'importance. Par contre, il est difficile d'imaginer qu'une épilepsie temporale lésionnelle s'accompagne de plus de manifestations de type épileptique qu'une épilepsie essentielle, qui elle s'assortirait de manifestations plus névrotiques.

Il y a là plus qu'un problème de simple terminologie. C'est que l'intérêt du psychopathologue l'emporte parfois sur l'objectivité du clinicien. Et si EY considère qu'au point de vue psychique la forme graduo-comitiale est la "vraie épilepsie" c'est parce qu'à ses yeux, elle est la plus belle.

Dans un travail plus récent, basé sur l'étude de 550 cas, dont 80 avaient fait l'objet d'une observation détaillée, SAUGUET et DELAVELEYE ont publié leurs observations sur le comportement des enfants et adolescents épileptiques. Ils concluent que :

a) Les troubles les plus fréquents sont :

L'instabilité psychomotrice, l'irritabilité, les colères, la câlinerie un peu excessive et parfois la tendance à l'isolement.

La bradypsychie, la viscosité, la persévération et la minutie n'existent pas chez l'enfant jeune et n'apparaissent qu'à partir de 8 à 10 ans et, surtout, à l'adolescence.

b) La bradypsychie, la viscosité, la persévération sont liées à :

" l'inaptitude des épileptiques aux variations de l'activité cérébrale, nécessitées par l'aménagement de l'adaptation à la réalité mouvante ".

Variations dangereuses puisqu'elles seraient le facteur exogène essentiel provoquant les paroxysmes.

Chez l'enfant jeune, cette inaptitude s'exprime dans un sentiment d'incomplétude et un besoin permanent de réassurance marqué par :

- la recherche d'un appui extérieur, essentiellement maternel ;
- une instabilité, qui représente une dérivation de l'activité motrice ;
- une tendance à l'isolement ;
- l'apparition d'une grande nervosité dès qu'on s'occupe de l'enfant.

Le tableau diffère selon la forme clinique de l'épilepsie.

Dans le petit mal pur, sans crises généralisées (dans lequel SAUGUET et DELAVELEYE rangent les convulsions infantiles et les spasmes du sanglot), les troubles caractériels, lorsqu'ils existent, sont peu spécifiques et sont intégrés à des relations banales.

Dans les épilepsies généralisées à crises fréquentes, et dans les épilepsies focalisées, les auteurs notent au contraire la fréquence d'une bradypsychie marquée, l'existence de tendances paranoïaques, des réactions dépressives massives, d'épisodes impulsifs plus ou moins crépusculaires. Le comportement est marqué d'une désintégration profonde confinant à la

psychose. Ces cas doivent être rapprochés du syndrome décrit par GASTAUT dans les épilepsies temporales.

Leur interprétation des troubles n'est pas univoque.

D'une part il faut distinguer

- Les tendances caractérielles permanentes, faisant partie de la personnalité bien qu'elles soient assurément liées à l'épilepsie.

- des troubles du comportement peu structurés relatifs à l'évolution des symptômes comitiaux.

Parmi les troubles :

- Certains sont réactionnels au mode de relation que l'épilepsie détermine avec l'entourage.

- D'autres sont la conséquence du trouble cérébral et sont l'expression d'une organisation psychologique défensive contre les dislocations brusques.

Enfin dans certains cas, la distinction entre troubles caractériels et équivalents psychiques critiques s'efface complètement.

c) Les psychologues ont apporté des éléments d'une grande importance. D'une part en raison de leurs méthodes d'observation, qui donnent à leurs recherches des caractères d'objectivité manquant souvent aux

recherches cliniques. Mais aussi parce qu'ils ont été les seuls à étudier la personnalité des épileptiques en tant que telle sans avoir à tenir compte des paroxysmes cliniques.

Leurs recherches portent essentiellement sur l'étude de la personnalité des épileptiques à l'aide du test de Rorschach.

a) Dès 1921, RORSCHACH considère que l'épilepsie se révèle par des caractères particuliers :

- Augmentation du temps de réaction ;
- Persévération ;
- Tendance aux descriptions minutieuses, parfois à la confabulation ;
- Type de résonnance intime extratensif ;
- Réponse-couleur pure ; importance des kinesthésies explosives ;
- Augmentation du nombre de kinesthésies et de réponses-couleur proportionnellement à l'affaiblissement intellectuel.

b) Dans une série de recherches inaugurées en 1923, F.MINKOWSKA

s'attache à montrer que les réponses valent non seulement par leur contenu, mais par ce qu'elles révèlent quant au mode de perception, et à la façon de traiter et d'exprimer cette perception. C'est ainsi que dans l'épilepsie, elle met en évidence l'importance des signes "liens" qui indiquent la tendance du sujet à contenir et à relier des perceptions susceptibles de déclencher en lui des réactions "déchainées". Utilisant une méthode d'interprétation plus clinique que psychométrique, F. MINKOWSKA montre comment "l'épileptoïde" maîtrise une affectivité explosive en l'attachant à des perceptions concrètes d'objets, sur lesquels elle se fixe, et adhère en se concentrant.

c) Dans une perspective très différente PIOTROWSKI établit en 1937

- une liste de dix signes, rencontrés dans les affections organiques de l'encéphale ; la présence de cinq de ces signes est une forte présomption en faveur d'une lésion cérébrale organique.
- une liste de quatorze signes, rencontrés dans l'épilepsie ; la présence de sept au moins de ces signes est évocatrice de comitialité. Mais la seule présence de ces signes, même au complet, ne permet jamais d'affirmer le diagnostic, pas plus que leur absence ne permet de l'infirmier.

d) En 1938, STAUDER isole deux types de protocoles qu'il considère comme caractéristique de l'épilepsie :

- un syndrome typique ou syndrome de RORSCHACH, marqué par
 - l'augmentation du temps de réaction,
 - le petit nombre de réponses,
 - la persévération,
 - la pauvreté en kinesthésies et réponses-couleurs,
 - le type de résonnance intime coartés.
- un syndrome abortif, différent du précédent par une importance beaucoup moindre de la persévération et un type de résonnance intime extratensif avec augmentation des réponses globales, nombreuses réponses-couleurs pures, expression de symétrie, confabulation.

Etudiant la répartition de ce syndrome dans les diverses formes d'épilepsie, STAUDER est amené à distinguer :

- l'épilepsie fonctionnelle, où des sujets, cliniquement atteints d'épilepsie essentielle, ont des protocoles normaux.

- l'épilepsie essentielle où
 - 60% des sujets présentent un syndrome de Rorschach,
 - 38% un syndrome abortif.

- l'épilepsie post-traumatique où
 - 24% des sujets présentent un syndrome de Rorschach,
 - 49% un syndrome abortif,
 - 27% un syndrome particulier, avec richesse en réponses couleurs et réponses couleurs-formes

- l'épilepsie symptomatique où
 - 50% des sujets ont un syndrome de Rorschach typique ou un syndrome abortif.

Cette étude est très intéressante, car une telle répartition suffit à démontrer que le syndrome décrit par Rorschach n'est pas caractéristique de l'épilepsie mais de certaines épilepsies.

Et nous retrouvons la même affirmation : les sujets atteints d'épilepsie fonctionnelle ont des protocoles normaux !

e) En 1953, Nina RAUSCH de TRAUBENBERG a fait chez des enfants et adolescents épileptiques, une étude du test de Rorschach que nous considérons comme très remarquable pour sa rigueur méthodique autant que par le caractère souple et nuancé de ses appréciations.

Nina RAUSCH distingue deux types de protocoles.

- l'un où la productivité est normale et rapide, le type de résonnance intime extratensif ; il existe des éléments affectifs variés, accompagnés de réactions névrotiques. Il s'agit le plus souvent de sujets émotifs, coléreux, ayant une affectivité riche et une pensée peu cohérente.

- l'autre où la productivité est réduite et le temps de réaction allongé. La pensée est rigide mais elle est souvent plus cohérente et adaptée. Ces sujets sont lents mais capables d'utiliser plus efficacement leur intelligence.

Nina RAUSCH a observé des faits, elle les a rapportés et, en les groupant, a constaté qu'ils amenaient à distinguer deux classes, correspondant à des sujets ayant des types de comportement différent. Elle n'a pas poussé ses conclusions au-delà de ce qui pouvait être légitimement déduit des faits observés ; elle n'a procédé à aucune extrapolation, n'a pas considéré ces résultats comme pouvant vérifier une thèse quelconque, hétérogène par rapport à son expérience. En particulier elle n'a pas cherché à rattacher ces deux types de protocoles à des formes particulières d'épilepsie, ni avancé que le deuxième type était une complication évolutive du premier (1).

Nous avons été agréablement surpris de rencontrer une recherche aussi objective.

(1) - Nous citons ces deux exemples, car plusieurs auteurs les ont repris en les traitant comme corrélatifs des conclusions de Nina RAUSCH.

f) Les importants travaux réalisés par Thérèse LEMPERIERE, notamment sa thèse sur l'état mental intercritique dans la comitialité, et les études psychologiques qu'elle a faites avec le Professeur P. PICHOT et J. PERSE, sous la direction du Professeur J. DELAY, **apportent** des renseignements intéressants mais fragmentaires. Ils sont cependant décevants dans la mesure où ils constituent la preuve que l'application des méthodes classiques d'investigation éclaire peu le problème des épilepsies.

D - BILAN

Dans un précédent chapitre, nous avons retracé l'évolution des idées et des connaissances sur les troubles de l'intelligence et du caractère des épileptiques.

Ci-dessus nous avons présenté un tableau des principaux courants doctrinaux actuels, à travers les travaux des auteurs qui nous semblent plus particulièrement représentatifs de chaque thèse.

Au moment de faire le bilan des recherches, de tirer les conclusions de cette confrontation des points de vues, notre embarras est grand. Le seul point d'entente entre les auteurs est l'existence de troubles réactionnels à l'attitude du sujet et de son entourage devant les crises.

C'est qu'au lieu d'étudier les épileptiques, chacun a tendance à parler de "ses" épileptiques et cherche ensuite à généraliser ses observations.

Les travaux sur l'intelligence des épileptiques demeurent très sommaires. On n'a pas encore, à notre avis, utilisé largement et sur des échantillons suffisants de population des batteries de tests permettant de distinguer et d'analyser comparativement connaissances scolaires,

intelligence pratique, intelligence verbale, et intelligence non verbale.

C'est ainsi que la pauvreté du vocabulaire est encore considérée, à tort, comme un trouble secondaire. De même on n'a pas véritablement cherché d'explication aux troubles de la mémoire, à la variabilité de l'attention et de l'efficacité intellectuelle.

D'une façon générale, on est d'ailleurs beaucoup trop orienté vers la découverte de symptômes n'ayant en eux-mêmes aucune spécificité. Cette attitude a fait négliger la recherche des particularités de l'intelligence et du caractère que des études raisonnées pourraient montrer comme spécifique de l'épilepsie ou de certaines de ses formes.

Nous avons vu que si la thèse constitutionnaliste manque de vigueur dans sa présentation, elle s'appuie sur des faits d'observations courantes, qu'il est impossible d'éliminer d'un trait de plume. Par contre, les conclusions qu'elles impliquent sont en contradiction avec ces mêmes faits.

La thèse de GASTAUT, qui s'oppose point par point à la thèse constitutionnaliste, peut séduire par sa clarté, mais elle est souvent infirmée par la clinique.

En outre, que l'accident critique de l'épilepsie idiopathique ait pour origine une dysrythmie purement fonctionnelle n'est qu'une hypothèse. Et la crise n'en est pas moins un phénomène biologique.

Le fait de n'avoir pas remarqué la présence de troubles spécifiques du caractère dans l'épilepsie idiopathique n'est pas un argument suffisant pour affirmer qu'ils n'existent pas. En outre il nous est difficile d'admettre que les crises d'épilepsie n'aient sur l'organisation psychologique aucune incidence, autre que celle qui peut être secondaire à leur retentissement social.

Henri EY a apporté une contribution très importante à la classification du problème des épilepsies. Même s'il a subi la fascination des crises, son analyse structurale reste le terme de référence de toute étude sur la personnalité épiloptique à qui il a rendu son unité.

Dans le travail de SAUGUET et DELAVELEYE, nous trouvons une classification des troubles caractériels qui semble serrer la réalité de plus près, dans la mesure où, pour la première fois, ces troubles sont envisagés par rapport à leur genèse, et non plus seulement par rapport à la clinique de l'épilepsie.

Cependant, si intéressantes soient-elles, les conclusions de ce travail nous laissent insatisfait, comme si elles n'allaient pas jusqu'au coeur des problèmes soulevés.

Devant cet important travail, cohérent et méticuleux, on regrette particulièrement l'impression que donnent les auteurs de n'avoir peut être pas exploité à fond le matériel exceptionnel dont ils disposaient.

Quant aux travaux psychologiques, nous estimons qu'ils sont pleins d'avenir. Qu'on ne prenne pas cette opinion en mauvaise part, nous pensons que les documents réunis constituent une mine inépuisable pour la recherche, mais il nous semble qu'ils doivent d'abord être réinterprétés dans le cadre d'une doctrine en accord avec la totalité des faits observés et permettant leur interprétation d'ensemble et leur compréhension.

E - CONCLUSIONS

Au terme de cette revue critique, si nous n'avons pas réussi à dégager une doctrine sur la "mentalité épileptique", nous avons pu reconnaître la plupart des écueils auxquels se sont heurtés les chercheurs.

Il nous semble, pour notre part, qu'un travail sur la "mentalité épileptique" doit répondre à un certain nombre de conditions :

1) - Si la "mentalité épileptique" existe, elle doit apparaître, dans sa forme la plus typique, chez les sujets atteints d'épilepsie idiopathique. C'est donc sur ce groupe que doit d'abord porter la recherche.

2) - La "forme la plus typique" ne doit pas être confondue avec la forme pathologique la plus manifeste. Ce n'est pas en terme de "symptômes" qu'il faut raisonner.

Pour autant qu'elle existe, cette "mentalité épileptique" doit être retrouvée chez les individus les plus normaux, sous forme de particularités psychologiques, réunies et organisées de manière caractéristique, et plus ou moins spécifique de la maladie épileptique et de ses divers aspects.

3) - Il serait insuffisant de dresser un inventaire des troubles

Les particularités de l'intelligence et du caractère doivent être étudiées dans une perspective génétique, c'est-à-dire sous l'angle de leur organisation, de leur incidence sur la formation de la personnalité, et des relations réciproques qu'elles contractent avec la maladie épileptique.

Le but de la recherche doit être d'objectiver les relations réciproques que peuvent contracter maladie épileptique et organisation de la personnalité.

4) - Pour dégager les caractères fondamentaux de la "mentalité épileptique" la plus pure, et comprendre leurs significations par rapport à l'épilepsie, il faut éliminer les remaniements de la personnalité secondaires à l'existence de cette "mentalité". Par conséquent il faut que la recherche porte sur une population d'enfants, si possible de divers âges, afin de saisir les lignes d'évolution.

5) - S'il existe une "mentalité épileptique" répondant aux conditions que nous avons posées, elle est indépendante de toute lésion organique de l'encéphale, actuellement décelable.

On ne peut cependant admettre comme le voudrait GASTAUT, qu'elle soit en rapport avec une simple dysrythmie, fonctionnelle de l'électrogénèse. L'égale répartition des "signes d'organicité" de PIOTROWSKI dans l'épilepsie idiopathique et dans les syndrômes lésionnels de l'encéphale suffirait à le confirmer.

6) - C'est donc chez les sujets atteints d'épilepsie idiopathique mais ne présentant pas de paroxysmes cliniques, que la "mentalité épileptique" apparaîtra de la façon la plus pure.

Ainsi l'observation sera-t-elle enfin libérée de ce que nous avons appelé la fascination exercée par les crises.

Fascination telle, rappelons-le, qu'il fallut attendre 1941 pour qu'enfin deux médecins, PENFIELD et ERICKSON, établissent pour la

première fois une distinction explicite entre la maladie épileptique et ses manifestations paroxystiques.

Nous pensons que dans l'état actuel de nos connaissances il est préférable de substituer aux termes de troubles fonctionnels et de dysrythmie fonctionnelle ceux de processus ou de trouble.

Ces conditions que nous avons posées pour notre recherche s'inscrivent exactement dans le cadre que vient de proposer le Professeur F.CASTAIGNE :

" Loin d'être un refuge paresseux, le cadre de "l'épilepsie essentielle" doit être un stimulant pour la recherche".

°
° °

C H A P I T R E V

EXISTENCE DE LA MENTALITE EPILEPTIQUE

LE SYNDROME d'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE

L'existence d'une "mentalité épileptique" faite non de symptômes à proprement parler, mais de particularités de l'intelligence et du caractère, groupées en un assemblage spécifique, a été démontrée en 1958 par LAROCHE, dans des conditions méthodologiques répondant sensiblement à celles que nous avons définies ci-dessus.

Etudiant une population de 600 enfants cliniquement non épileptiques, amenés en consultation à la clinique de neuro-psychiatrie infantile de la Faculté de Médecine de PARIS, pour troubles du caractère et du comportement, il a extrait 52 cas dans lesquels l'examen électroencéphalographique standard avait montré des anomalies paroxystiques, bilatérales, synchrones et symétriques.

Chaque dossier comprenait au moins : une feuille de renseignements anamnestiques, une feuille de renseignements sur la scolarité, un tracé d'examen électroencéphalographique standard, un test de niveau mental (Test de Binet et Simon non rectifié par Zazzo) et une observation clinique.

Dans un premier temps LAROCHE a effectué un dépouillement aussi poussé que possible des dossiers et dressé un inventaire de signes ou symptômes comprenant 45 rubriques. Des fiches individuelles ont ensuite été établies montrant la constellation symptomatique présentée par chaque enfant.

C H A P I T R E V

EXISTENCE DE LA MENTALITE EPILEPTIQUE

LE SYNDROME d'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE

L'existence d'une "mentalité épileptique" faite non de symptômes à proprement parler, mais de particularités de l'intelligence et du caractère, groupées en un assemblage spécifique, a été démontrée en 1958 par LAROCHE, dans des conditions méthodologiques répondant sensiblement à celles que nous avons définies ci-dessus.

Etudiant une population de 600 enfants cliniquement non épileptiques, amenés en consultation à la clinique de neuro-psychiatrie infantile de la Faculté de Médecine de PARIS, pour troubles du caractère et du comportement, il a extrait 52 cas dans lesquels l'examen électroencéphalographique standard avait montré des anomalies paroxystiques, bilatérales, synchrones et symétriques.

Chaque dossier comprenait au moins : une feuille de renseignements anamnestiques, une feuille de renseignements sur la scolarité, un tracé d'examen électroencéphalographique standard, un test de niveau mental (Test de Binet et Simon non rectifié par Zazzo) et une observation clinique.

Dans un premier temps LAROCHE a effectué un dépouillement aussi poussé que possible des dossiers et dressé un inventaire de signes ou symptômes comprenant 45 rubriques. Des fiches individuelles ont ensuite été établies montrant la constellation symptomatique présentée par chaque enfant.

Dans un second temps, les 52 cas ont été répartis en quatre groupes (l'un deux comprenant deux sous-groupes) selon le type d'anomalies électroencéphalographiques. Le profil caractéristique des groupes a été obtenu par addition des inventaires individuels, chaque symptôme étant affecté d'une note égale au nombre de fois où il avait été observé.

La composition des groupes était la suivante :

- 1 - Signes indiscutables de comitialité : 13 cas, se décomposant en :
 - 4 cas d'épilepsie généralisée,
 - 9 cas d'épilepsie focalisée.
- 2 - Bouffées d'ondes lentes paroxystiques : apparaissant spontanément ou à l'hyperpnée : 10 cas.
- 3 - Bouffées d'ondes thêta d'aspect nettement paroxystiques : 14 cas.
- 4 - Altérations de type comitial, apparaissant à la stimulation photique exclusivement : 15 cas.

Sur 52 enfants chez qui l'examen électroencéphalographique systématique avait révélé l'existence d'altérations paroxystiques, 13 avaient des signes électroencéphalographiques d'épilepsie, sans paroxysmes cliniques.

On trouvera, ci-après, un tableau récapitulatif, établi d'après la première étude de LAROCHE, et donnant la fréquence des symptômes relevés respectivement chez les enfants porteurs d'altérations comitiales, et dans l'ensemble de la population observée.

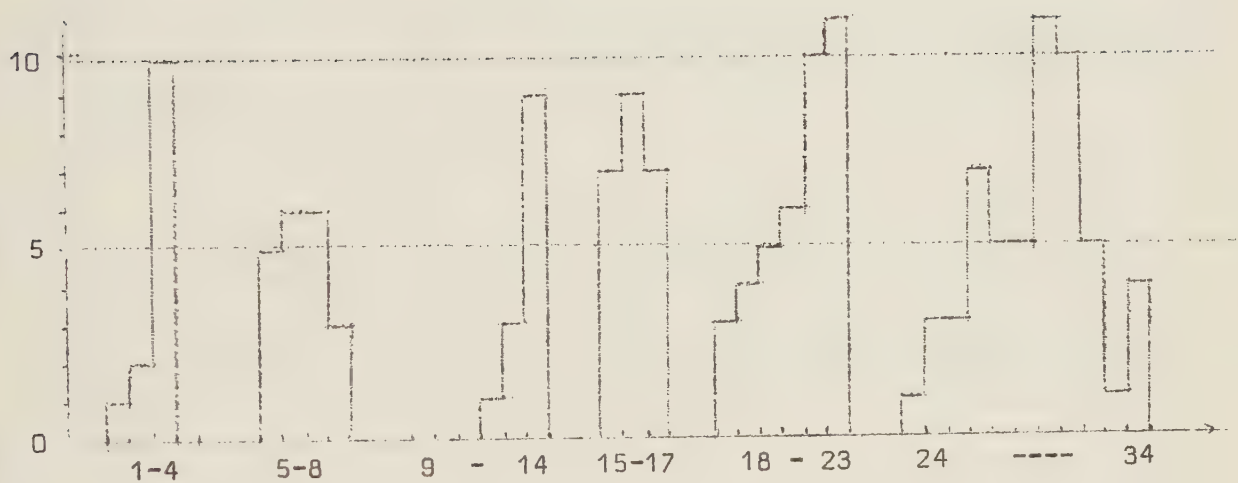
TABLEAU I

			Ep. id.	Ep. Foc.	Epi.	O.L.	O.th	Sl1	To- tal
Début des Troubles	1	Avant 3 ans	0	1	1	2	1	0	4
	2	entre 3 et 6 ans	0	2	2	4	4	7	17
	3	entre 6 et 10 ans	4	6	10	3	7	7	27
	4	après 10 ans	0	0	0	1	2	1	4
Anamnèse	5	trauma obstétrical	1	4	5	0	0	2	7
	6	convulsions	1	5	6	0	0	3	9
	7	retard psycho-moteur	1	5	6	6	8	6	26
	8	encéphalite	0	3	3	0	0	3	6
Motif 1ère consulta- tion	9	tics	0	0	0	1	0	1	2
	10	terreurs nocturnes	0	0	0	1	0	1	2
	11	tr. d'allure névrotique	0	0	0	1	0	1	2
	12	énurésie	0	1	1	2	0	0	3
	13	tr. du comportement	1	2	3	2	12	2	19
	14	colères	3	6	9	3	1	7	20
Niveau	15	Q.I. inférieur à 90	1	6	7	6	0	3	16
	16	retard scolaire su- périeur à 2 ans	4	5	9	6	0	9	24
	17	débilité motrice	0	7	7	2	8	0	17
Troubles du caractère	18	impulsivité	1	2	3	5	0	8	16
	19	opposition	1	3	4	3	0	8	15
	20	émotivité	2	3	5	5	4	8	22
	21	instabilité	1	5	6	5	5	13	29
	22	agressivité	4	6	10	3	3	6	22
	23	jalousie	3	8	11	0	4	3	18
Troubles du comporte- ment	24	tics	1	0	1	3	0	3	7
	25	terreurs nocturnes	1	2	3	7	0	6	16
	26	énurésie	0	3	3	3	4	3	13
	27	mensonges	2	5	7	0	5	3	15
	28	fabulation	0	5	5	0	5	1	11
	29	menaces suicide	0	5	5	1	0	3	9
	30	colères	4	7	11	6	4	11	32
	31	violences	4	6	10	5	4	6	25
	32	vols	2	3	5	3	9	6	23
	33	fugues	1	0	1	0	5	1	7
	34	tentatives suicide	1	3	4	0	0	0	4
Nombre de cas par catégorie			4	9	13				

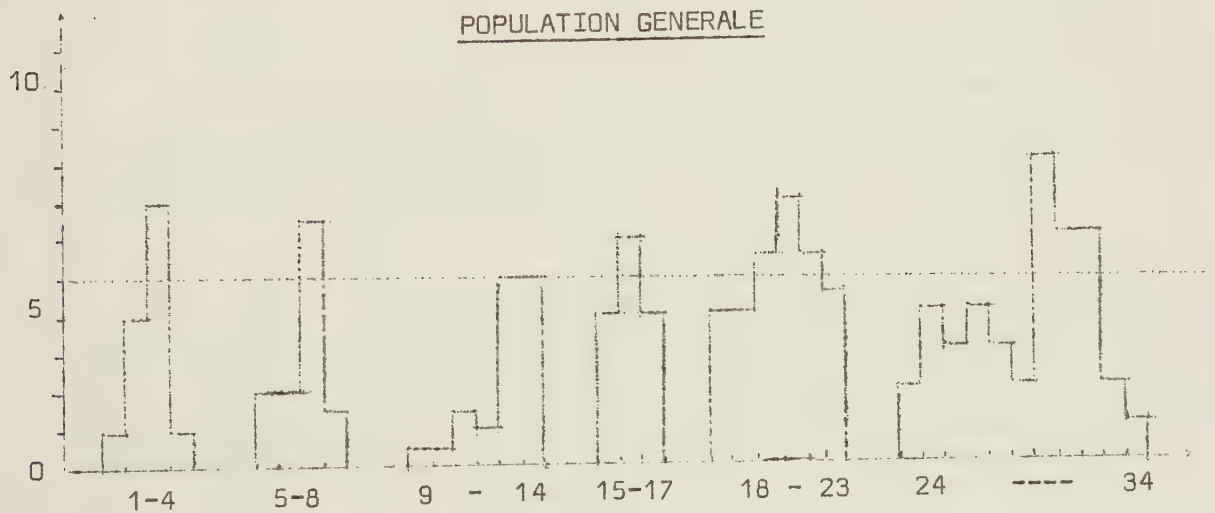
PAR CATEGORIE

TABLEAU II

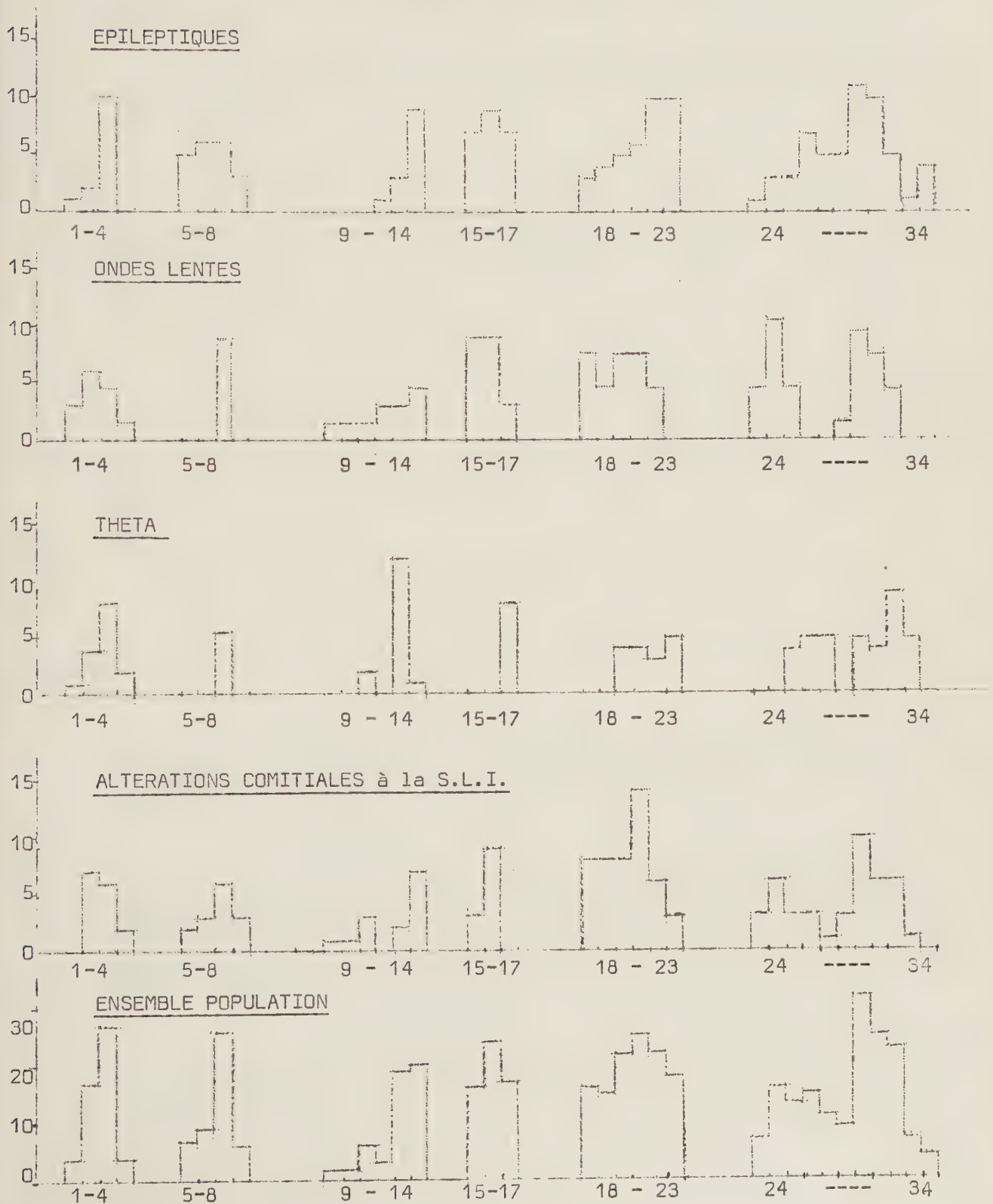
EPILEPTIQUES



POPULATION GENERALE



T A B L E A U I I I



Nous avons dressé un graphique (Fig.2) montrant les profils respectifs du groupe des épileptiques et de l'ensemble de la population observée.

Il est facile de voir que ces profils présentent des différences significatives.

On peut vérifier, sur le deuxième graphique (Fig.3) que les profils des quatre groupes correspondant aux diverses anomalies électro-encéphalographiques diffèrent significativement entre eux, comme par rapport à l'ensemble des 52 cas.

En raison du nombre insuffisant de cas observés, LAROCHE proposait ensuite comme hypothèse de travail une analyse qualitative de la personnalité des enfants de chaque groupe. Nous en avons extrait les passages suivants :

1 - Tracés de mal comitial généralisé

" Les enfants de ce groupe se présentent comme des épileptiques génétiques ".

" Ce sont presque toujours des colères, parfois des troubles du comportement, qui motivent la consultation. Le début des troubles se situe entre 6 et 10 ans, à l'âge de la socialisation ".

" Le caractère génétique de cette comitialité infra-clinique semble confirmé par le peu de fréquence des traumatismes obstétricaux, d'antécédents organiques, de retard du développement psycho-moteur ; l'existence possible d'antécédents familiaux de comitialité clinique ou infra-clinique (contrôlée par électroencéphalogramme) ; enfin par la constatation d'un niveau moteur normal et d'un niveau intellectuel moyen."

" Le retard scolaire est constant et important, ce qui va de pair avec l'apparition des troubles à 6 ans. "

" Les caractéristiques de l'enfant sont l'agressivité, les colères, les violences, puis la jalousie et l'émotivité ; notons, en outre, la possibilité de fugues, de tentatives de suicide ".

" Dans les éléments négatifs, notons la rareté de l'instabilité, de l'opposition. Les terreurs nocturnes, pourtant classiques, ne sont pas plus fréquentes que chez la moyenne des enfants ; l'impulsivité, tout aussi classique, n'est pas un symptôme de premier plan ".

" Nous trouvons donc des éléments qui sont habituels chez les épileptiques : colères, violences, etc ..., mais aussi d'autres qui le sont moins :

- la jalousie ici au premier plan ;
- l'émotivité, beaucoup plus apparente qu'on ne le dit habituellement ;
- une impulsivité très modérée".

" Malgré le petit nombre de cas entrant dans ce groupe, nous avons retenu ces symptômes comme caractéristiques, car nous les avons retrouvés constamment dans les autres cas d'épilepsie infra-clinique que nous avons pu observer ".

2 - Tracés d'épilepsie focalisée

" L'origine lésionnelle de l'épilepsie est ici beaucoup plus fréquente. L'anamnèse montre en effet des antécédents de traumatisme obstétrical, de convulsions, de troubles encéphalitiques. Le retard du développement psycho-moteur est fréquent, la débilité motrice très fréquente, l'intelligence plus touchée ".

" Comme précédemment, ce sont surtout les colères qui motivent la consultation. Le début des troubles se situe habituellement entre 6 et 10 ans, mais il peut être plus précoce, ce qui va de pair avec une étiologie lésionnelle ".

" Ici encore, les troubles majeurs sont les colères, les violences, l'agressivité, la jalousie. Mais nous trouvons sur le même plan l'instabilité, les mensonges, la fabulation, les menaces de suicide, qui viennent donner au syndrome un aspect apparemment beaucoup plus névropathique ".

" Ajoutons que l'adaptation scolaire est moins mauvaise, malgré une forte proportion de quotients de médiocrité intellectuelle ".

3 - Altérations de type comitial, n'apparaissant qu'à la stimulation lumineuse

" L'anamnèse est peu significative, hors la notion d'un retard non rare du développement psycho-moteur. Les troubles débutent entre 3 et 10 ans, par des colères dans la moitié des cas ".

" Le quotient intellectuel est en général bon. Il peut être un peu abaissé par l'inhibition, des troubles névrotiques, un déficit instrumental (trouble de latéralisation). Cependant l'adaptation scolaire est très médiocre ".

" L'aspect est jusqu'ici assez voisin de celui de la comitialité généralisée infra-clinique. Mais le profil psychologique est très différent. Ce groupe d'enfants est essentiellement caractérisé par l'instabilité, puis par les colères, enfin par l'impulsivité, l'émotivité, l'opposition. On note au contraire peu d'agressivité, peu de violences, jamais de tentatives de suicide. C'est dire que si nous rencontrons les mêmes symptômes, leur importance est sensiblement inverse.

" Que ces enfants soient des violents en puissance cela n'est pas douteux, mais leur violence est contenue, dérivée dans l'irritabilité, exprimée dans la colère. Elle n'arrive qu'exceptionnellement au stade de la réalisation. Elle est en outre réactionnelle à une situation extérieure : ce sont des enfants excitables "(1).

" Leur évolution psychologique est marquée par deux faits :

- Le caractère réactionnel de l'impulsivité,
- L'existence de possibilités de contrôle."

(1) - Quant à nous, le terme "d'excitables" nous paraît ambigu, inadéquat ; nous pensons qu'il s'agit d'enfants hypersensibles à la stimulation photique, chez qui la stimulation lumineuse intermittente entraîne à certaines cadences des phénomènes de recrutements et une synchronisation pré-épileptique.

" Ces deux faits concourent à culpabiliser au maximum ce trouble, qui de plus ne peut être vécu comme une infirmité, et ne procure en conséquence aucun bénéfice secondaire. "

" Il en résulte d'importantes fixations pré-génitales qui peuvent retentir gravement sur le sujet. Sur le plan du comportement, on note soit des conduites d'inhibition, d'isolement, de prise de distance, de contrôle, soit au contraire des conduites de dérivation : de fait, sur nos 52 observations, nous n'avons vu que 3 enfants hypomaniaques appartenant tous trois à ce groupe. Les organisations névrotiques sont fréquentes, c'est ce que montre la clinique "

" Les tests projectifs confirment ces notions, sans apporter toutefois d'éléments très importants ; le test de RORSCHACH, notamment, montre une formule qui reste intermédiaire entre la comitativité et les états névropathiques "

On trouvera à la figure 4 les profils comparés des deux sous-groupes d'épileptiques de la première et de la deuxième étude.

Il suffit d'un coup d'oeil pour constater qu'il existe :

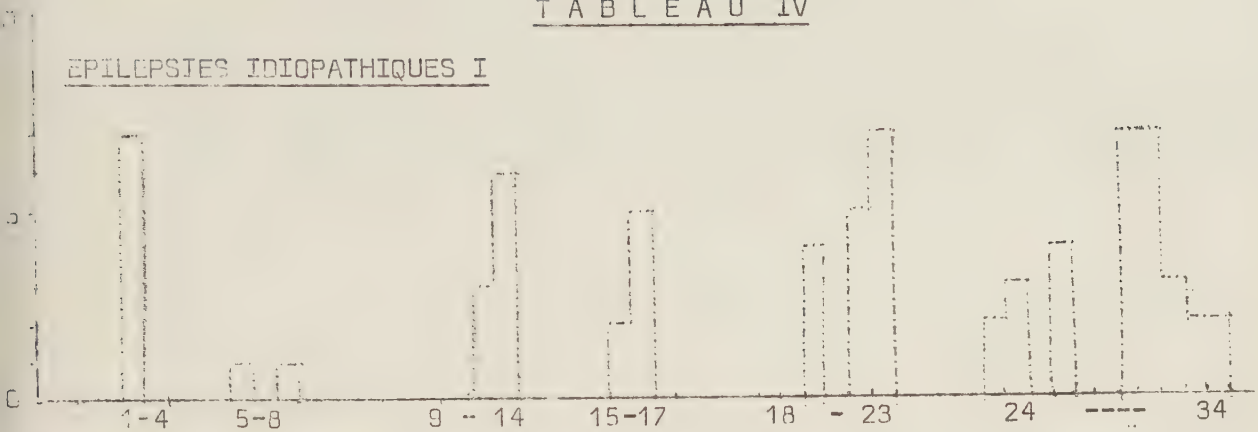
- entre sous-groupes correspondants, une similitude qui va presque jusqu'à l'identité.
- entre les cas d'épilepsie idiopathique et d'épilepsie focalisée, une parenté manifeste, mais aussi des différences nettes.

On peut remarquer que le profil des épilepsies idiopathiques a un caractère beaucoup plus tranché, accusé. Au contraire, dans les épilepsies focalisées, en dehors de quelques signes fondamentaux (telles l'agressivité, la jalousie, les colères, les violences, les tentatives de suicide), le profil montre une beaucoup plus grande dispersion, ainsi que l'existence d'une forte proportion d'antécédents organiques.

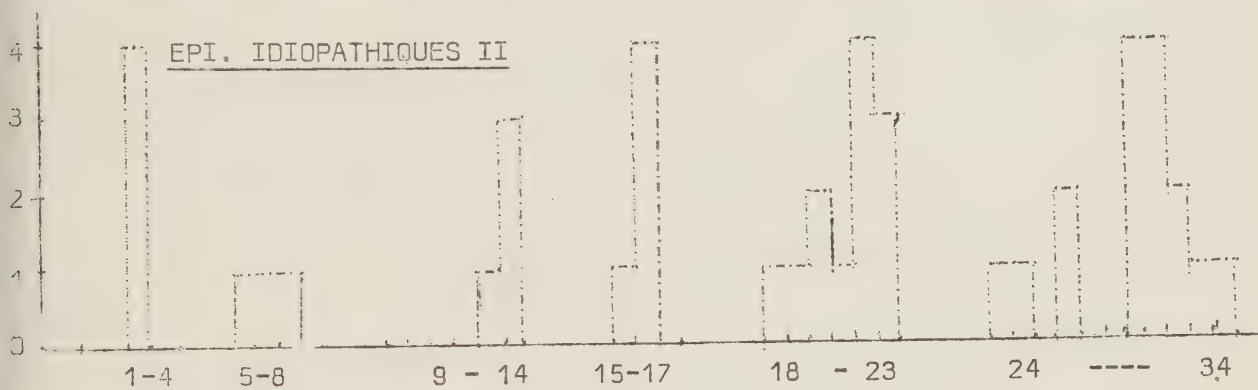
LAROCHE donne la description suivante de son syndrome d'épilepsie infra-clinique :

TABLEAU IV

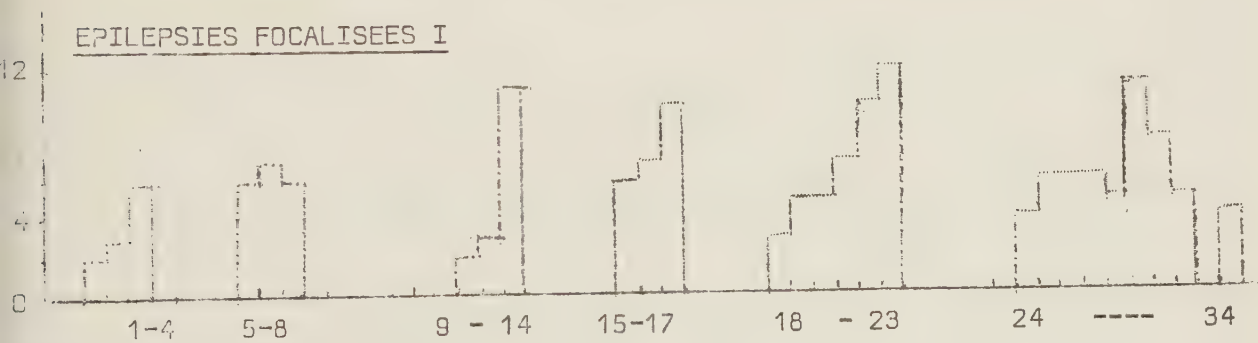
EPILEPSIES IDIOPATHIQUES I



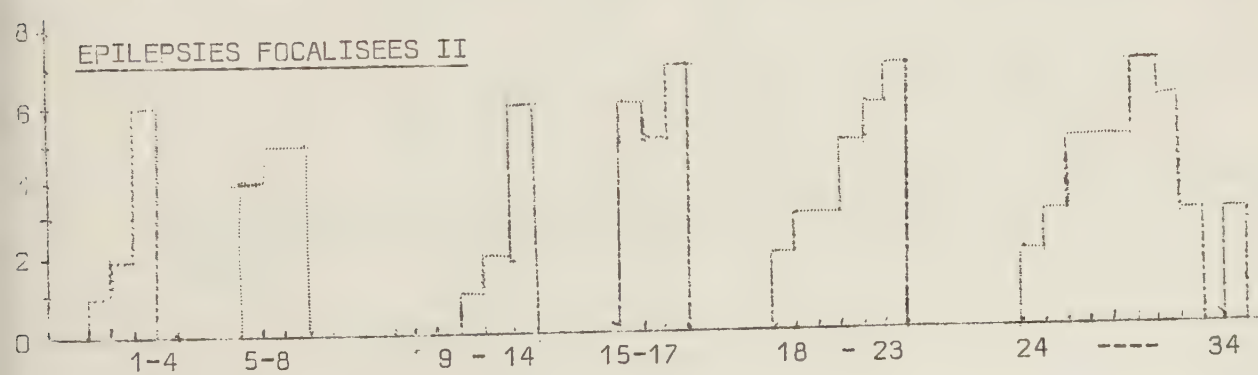
EPI. IDIOPATHIQUES II



EPILEPSIES FOCALISEES I



EPILEPSIES FOCALISEES II



" Du point de vue des troubles caractérisés, ces 19 cas se présentent de façon extrêmement voisine. Toutefois, il nous est assez rapidement apparu que les cas les plus purs quant à la séméiologie propre de l'épilepsie infra-clinique étaient des cas d'épilepsie généralisée, de type "essentiel" génétique. Les autres formes, en effet, se sont révélées comme étant constamment en rapport avec des lésions cérébrales, s'accompagnant alors d'une séméiologie d'emprunt, non caractéristique du syndrome ".

" L'étude clinique a donc été centrée sur les cas d'épilepsie essentielle ".

" L'enfant, un garçon le plus souvent, est âgé de 7 à 8 ans lorsqu'il est amené à la consultation :

- essentiellement pour des colères,
- parce qu'il ne réussit pas bien à l'école,
- et parce qu'en famille il manifeste une jalousie violente pour ses frères et soeurs.

Ces troubles, disent les parents, sont d'apparition récente, coïncidant avec le début de la fréquentation scolaire ".

En réalité, le problème est moins simple.

" On trouve parfois des antécédents familiaux de comitialité, surtout chez les collatéraux ".

" Les antécédents personnels montrent en général l'absence d'atteinte lésionnelle connue de l'encéphale.

" La grossesse, l'accouchement, ont été normaux : pas de souffrance foetale, de traumatisme obstétrical, d'anoxie néo-natale ".

" On ne retrouve pas de maladie infectieuse grave ayant pu entraîner une encéphalite. Les antécédents convulsifs banaux sont même plutôt rares ".

" Le développement psychomoteur a été normal.

Sommeil normal ; jamais d'anorexie, mais au contraire souvent un appétit assez fort.

Tout au plus, dans quelques cas, des colères vives avant le biberon et en fin de tétée, et quelques difficultés de sevrage ".

" Jusqu'à trois ans l'évolution a été celle d'un enfant normal, intelligent, quoique assez vif et coléreux."

" Au-delà de trois ans, on retrouve des troubles déjà nets mais qui n'inquiètent pas encore la famille ".

" Chez cet enfant qui n'est nullement dysphorique, mais au contraire syntone, gai, vivant et très affectueux, on note une intolérance absolue à tout ce qui est échec, privation, remontrance, en fait à tout ce qui est frustrant. Il réagit alors par des colères, dont les caractères sont :

- le déclenchement soudain sans aucune latence,
- l'hypermétrie, la violence aveugle et clastique,
- la durée très brève, la fin brutale, l'absence de séquelle du type bouderie par exemple,
- le caractère conscient et mnésique des troubles. "

" Ces colères sont pratiquement spécifiques. Elles constituent, nous semble-t-il, la manifestation essentielle de l'épilepsie infra-clinique, son trouble primaire autour duquel vont d'organiser des troubles secondaires, touchant la vie familiale.

Il apparaît une jalousie vis-à-vis des autres enfants, entraînant le cycle suivant :

- jalousie - colères incontrôlables - attitude punitive des parents - traitement différent de l'enfant dans sa famille - malaise accru - colères, etc..

Toutefois, ces troubles évoluent sur un mode encore mineur et la situation reste en général bien tolérée par la famille ".

" Au moment de la fréquentation scolaire, l'enfant affronte des camarades de son âge, avec qui il entre en compétition, pour les jeux comme pour les acquisitions scolaires.

Or, les difficultés entraînent des colères, les colères des échecs et des punitions.

" Les difficultés familiales se trouvent transposées sur le plan social, où elles sont beaucoup moins bien tolérées. "

" L'enfant échoue, se fâche, est puni, se sent différent des autres. Il n'a donc plus les excuses que lui apporterait une maladie manifeste, comme une épilepsie avec des crises ".

" Il est alors entraîné, dans une certaine mesure, à refuser la compétition, afin d'éviter les situations d'échec, génératrices de colères ".

" D'autre part, le conflit familial est évidemment réactivé par la situation scolaire. C'est alors qu'apparaissent l'agressivité, les vols compensatoires, les tentatives de suicide.

C'est alors aussi que les familles sont amenées à consulter ".

Nous avons reproduit presque intégralement cette longue citation, car elle a le grand mérite, à nos yeux, d'être une description princeps, très satisfaisante par la rigueur de sa démarche méthodologique aussi bien que par la qualité de l'observation clinique.

En outre, elle nous permet de situer très précisément les problèmes que nous nous sommes proposés d'étudier.

DEUXIEME PARTIE

L'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE DE L'ENFANT

CHAPITRE I

GENERALITES

I - CRITERES DE DEFINITION DE L'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE -

Dans le cadre de la présente étude, nous avons appelé épilepsie INFRA-CRITIQUE idiopathique ou essentielle un syndrome que nous définissons de façon strictement limitative par des critères :

1) - Electro-encéphalographique : existence de pointes-ondes, polypointes ondes ou polypointes, rythmiques de fréquence comprise entre 3 et 3,5 cycles/seconde, apparaissant spontanément sur le tracé simple, en dehors de toute épreuve de sensibilisation, sous forme de bouffées paroxystiques, bilatérales, synchrones et symétriques.

2) - Clinique : absence de manifestations paroxystiques d'épilepsie, actuelles ou anciennes, exception faite pour les "convulsions" du nouveau-né ou du nourrisson. Nous avons éliminé tous les sujets qui, à la suite d'une crise convulsive quelconque, avaient été soumis à un traitement anti-épileptique régulier pendant plus d'un mois.

3) - Nous considérons comme enfants les sujets :

- âgés de 12 ans au plus
- et ne présentant ni caractères sexuels secondaires, ni signes de poussée de croissance pré-pubertaire.

Les cas ainsi sélectionnés peuvent constituer un groupe homogène d'enfants ne présentant pas de lésion organique décelable de

l'encéphale, et dont l'organisation de la personnalité n'a été remaniée ni par le vécu des altérations paroxystiques de conscience de l'épilepsie, ni par le retentissement des crises sur les relations sociales et affectives.

En d'autres termes, ce sont des enfants que leur entourage considère comme constitutionnellement normaux, mais qui présentent une tendance convulsive latente.

Nous n'avons pas retenu la dénomination d'épilepsie infra-clinique proposée par LAROCHE car ce terme constitue un non-sens montrant que, sans s'en rendre compte, son auteur a été lui aussi fasciné par les crises.

En effet, la comitialité latente s'accompagne d'un ensemble spécifique de troubles ou de particularités de l'intelligence et du caractère ; cet ensemble est nécessairement accessible à l'investigation clinique.

En l'absence de crises d'épilepsie manifestes, on peut parler de crises infra-cliniques pour désigner des paroxysmes dont la seule expression est électrographique.

Mais une fois de plus, il ne faut pas confondre crises et épilepsie : parler d'épilepsie infra-clinique est une généralisation abusive. En outre c'est un non-sens car "syndrome d'épilepsie infra-clinique" désignerait précisément une épilepsie qui serait totalement muette en dehors des crises, ce qui n'est pas exactement la pensée de LAROCHE puisqu'il a cherché et d'ailleurs réussi à prouver le contraire.

Comme ce n'est pas non plus la nôtre, nous préférons parler d'

EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE

et étudier les signes cliniques de l'épilepsie lorsqu'elle ne s'accompagne pas de crises.

II - UN HOPITAL SPECIALISE ET SA POPULATION DE CONSULTANTS -

L'échantillon de population constitué par les enfants amenés en consultation à l'hôpital est très particulier.

Si nous considérons les familles qui s'adressent à une consultation hospitalière de psychiatrie infantile, elles appartiennent à un ensemble, défini par deux propriétés :

- P 1 - modestie des ressources
- P 2 - intolérance aux réactions suscitées par les troubles de l'enfant.

Exceptionnellement des familles n'appartiennent pas à cet ensemble. C'est uniquement lorsqu'elles n'ont pas la qualité P 1. Il s'agit alors de familles aisées dont l'enfant présente des troubles suffisamment gros ou manifestes ou complexes pour nécessiter une observation hospitalière, et éventuellement un placement. Lorsque la qualité P 1 manque, les manifestations d'intolérance (propriété P 2) sont renforcées.

Considérons maintenant les conséquences de cette situation sur la population des enfants examinés à l'Hôpital.

Les propriétés définissant leur ensemble sont :

- - p1 : l'existence de particularité ou de troubles pouvant toucher l'intelligence, le caractère, le comportement.

p2 : la nature de ces troubles, qui les rend difficilement tolérables pour l'entourage. (1)

(1) - nous reviendrons plus loin sur la nature très spéciale de ces troubles

Un petit nombre d'enfants n'appartiennent pas à cet ensemble, soit du fait de la gravité de leurs troubles (encéphalopathies avec arriération profonde ou dysharmonique, psychose), soit en raison de leur nature (déficits somatiques ou instrumentaux, séquelles d'encéphalopathies, épilepsie, gros retard du langage).

En dehors de ces cas, on ne verra à l'Hôpital que des enfants dont la famille a été amenée à consulter parce qu'ils sont "insupportables" en collectivité.

- rarement à l'école maternelle, d'où l'on se contente de les renvoyer ;

- rarement en colonie de vacances, où ils ne sont pas acceptés, ou tolérés lors du premier séjour, et refusés ensuite

- constamment à l'école primaire, qui étant gratuite et obligatoire, est tenue de les accepter, mais où les maîtres font sur les parents une pression bien légitime pour obtenir qu'on leur administre au moins des calmants afin qu'ils cessent de semer la discorde en classe.

Egalement dans les classes élémentaires de l'enseignement dit "libre", chaque fois qu'un minimum d'acquisitions scolaires ne vient justifier le prix souvent élevé de l'enseignement dispensé.

On comprend pourquoi, dans les premiers travaux de LAROCHE, l'âge de la consultation initiale se situait entre 6 et 10 ans, dans tous les cas d'épilepsie essentielle infra-critique.

On comprend également pourquoi les signes qu'il a extraits des premiers dossiers s'expriment presque toujours en terme de jugements moraux péjoratifs : colères, violences, jalousie, opposition, instabilité, agressivité, mensonge, fabulation, etc..., dont la seule énumération est un véritable réquisitoire.

Les enfants vus à l'Hôpital constituent donc un échantillon pratiquement homogène, mais rigoureusement non représentatif d'une population

normale de consultants.

Nous avons donc cherché dans quelles conditions nous pouvions espérer réunir un nombre suffisant de cas, appartenant à un échantillon aussi représentatif que possible d'une population normale.

Après divers sondages, nous avons retenu comme matériel d'étude la clientèle d'un centre médico-psychologique sur lequel il est bon que nous donnions d'abord quelques précisions.

III - UN CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE ET SA POPULATION DE CONSULTANTS

1°) - Caractères généraux de la population des consultants -

Ce centre fait partie d'un dispensaire de prévention et soins, créé par l'association mutuelle d'un service public national, d'implantation géographique largement décentralisé. Ce dispensaire est l'un des plus anciens quant à sa fondation, et l'un des plus modernes par son équipement. La clientèle, exceptionnellement fidèle à sa Mutuelle et à son dispensaire, appartient aux couches sociales les plus diverses :

- Hauts fonctionnaires, cadres supérieurs, cadres contractuels, conseillers techniques et conseillers d'organisation et d'exploitation en mission en France et à l'étranger, administrateurs et ingénieurs de tous grades et orientations, comptables, employés de bureau, agents d'exploitation, ouvriers qualifiés, ouvriers spécialisés, personnel de bureaux d'étude et des services de recherche, cadre et agents commerciaux et technico-commerciaux, personnel enseignant de tous niveaux (formation professionnelle, qualification, spécialisation, recyclage) etc..

Toutes les personnes adhérentes à cette Mutuelle ont droit en plus des divers avantages sociaux, à la gratuité complète de tous les

soins et examens, pour eux-mêmes comme pour leur famille.

En raison des grandes facilités de déplacement qui leur sont accordées, les adhérents viennent consulter de toutes les régions de la France métropolitaine. Et ceci d'autant plus qu'un service de planification bien organisé permet aux mutualistes de province de consulter dès leur arrivée, sur rendez-vous pris à l'avance, le médecin-traitant de leur choix ; puis de subir les examens para-cliniques demandés, les résultats en étant communiqués à mesure, autant qu'il est possible, au médecin et éventuellement de consulter le spécialiste dont l'avis pourrait être utile ; enfin de revoir avant de partir le médecin-traitant, qui dispose déjà de la plupart des informations nécessaires pour établir son diagnostic, et prescrire un traitement.

A la suite d'une convention passée avec la Caisse Primaire Centrale de la Sécurité Sociale, une fraction de la clientèle est faite de non mutualistes, c'est-à-dire d'assurés sociaux de régime général.

Aussi la clientèle est-elle extrêmement variée.

2°) - Organisation du Centre Médico-Psychologique -

Le Centre Médico-psychologique constitue dans le dispensaire une unité autonome, tant au point de vue des locaux que du fonctionnement. Le personnel administratif du dispensaire n'intervient que pour percevoir le prix des consultations, examens et traitements et pour diriger les consultants vers la salle d'attente particulière du Centre.

A l'époque où cette étude a été réalisée, le personnel du Centre Médico-Psychologique comprenait :

a) - un médecin neuro-psychiatre, chargé des fonctions de médecin-chef, ayant pour tâche en particulier :

- d'assurer personnellement l'examen de tous les enfants amenés en consultation pour la première fois au Centre.

- de demander tous les renseignements et examens nécessaires à l'établissement du bilan.
- de revoir l'enfant avec ses parents, de faire avec eux le point de la situation, de poser avec leur accord les indications thérapeutiques, y compris les rééducations et les psychothérapies.
- de prévoir dès ce moment l'époque à laquelle l'enfant sera revu, pour juger des changements intervenus, des améliorations éventuelles et, le cas échéant, de la poursuite ou de la modification du traitement.

b) - Deux médecins neuro-psychiatres, plus spécialisés respectivement :

- l'un dans les problèmes scolaires,
- l'autre dans les problèmes de langage.

c) - Un laboratoire d'électroencéphalographie, employant :

- un Médecin électro-encéphalographiste à mi-temps
- et deux manipulatrices, l'une à temps complet, l'autre à mi-temps.

d) - Un laboratoire de psychologie, avec :

- deux psychologues à mi-temps.

e) - Un service de rééducation, employant :

- une rééducatrice du langage parlé.
- deux rééducatrices des troubles de la lecture et de l'orthographe.
- une rééducatrice spécialisée en psycho-motricité.

f) - Un service de psychothérapie, employant à la vacation, selon les nécessités, un psychothérapeute homme et une psychothérapeute femme, tous deux médecins et ayant achevé leur formation psychanalytique.

g) - Une assistante sociale à plein temps.

h) - Une secrétaire à plein temps.

Ces indications peuvent paraître superflues ; nous avons pensé qu'il était utile de les donner, afin que le lecteur connaisse les conditions d'observation, particulièrement favorables, dans lesquelles se trouvaient les enfants que nous avons étudiés.

Ajoutons encore qu'un important effort d'information auprès des adhérents avait été fait grâce au bulletin mensuel de l'association. Chaque mois un article écrit par un médecin du centre exposait un problème particulier et un encart rappelait l'existence du Centre, son fonctionnement et les diverses manières d'y prendre rendez-vous.

Grâce à cet effort le Centre avait été en quelque sorte "dépsychiatisé" auprès des consultants, qui savaient pouvoir y trouver conseil pour tous les problèmes concernant l'éducation, le comportement, la scolarité ou l'orientation de leurs enfants.

3°) - Caractères particuliers de ses consultants -

L'échantillon représenté par les enfants examinés peut donc être considéré comme assez représentatif d'une population normale, les parents ayant assez rapidement pris l'habitude de venir au Centre avant que les troubles présentés par leur enfant aient pris un caractère de gravité.

Néanmoins, comme toujours en matière de psychiatrie ou de psychologie infantile, les enfants que l'on considère comme ayant des troubles de l'intelligence, du caractère, du comportement, sont des enfants dont l'intelligence, le caractère, le comportement troublent l'entourage. De la

même façon on dit d'un enfant qu'il a des "problèmes" lorsqu'il pose à son entourage des problèmes auxquels les solutions courantes ne portent pas remède.

Aussi devons-nous faire une réserve quant à notre échantillon. Mis à part les examens pratiqués systématiquement, et en dehors de toute demande d'intervention, on n'a jamais l'occasion de voir dans une consultation des enfants "trop" intelligents, trop "sages" ou travaillant "trop bien" en classe. La demande de consultation répond toujours à une difficulté réciproque d'adaptation entre l'enfant et son milieu, difficulté qui peut être sérieuse ou mineure, comme elle peut être actuelle ou anticipée, mais dont la propriété est d'être une difficulté appartenant à l'entourage. Le médecin, le psychologue, l'éducateur n'auront jamais à intervenir dans le cas de difficultés, même graves, rencontrées par un enfant qui garde une possibilité suffisante de se plier aux exigences de son entourage et de répondre à ses demandes ; et cela d'autant plus que ces difficultés auront, pour l'enfant, un caractère angoissant.

A cette réserve près, notre échantillon d'enfants est celui qui se rapproche le plus de la population normale. Dans l'état actuel des choses, l'information des parents est encore beaucoup trop insuffisante pour que l'on ose espérer une modification de la situation dans un avenir proche.

Seule une étude normative portant sur de très grands échantillons de population, peut permettre de lever dès maintenant cet obstacle. Cette étude vient d'ailleurs d'être abordée par le Docteur Jacques LAROCHE qui a bien voulu accepter notre collaboration pour la réaliser.

IV - CONSTITUTION de l'ECHANTILLON ETUDIE -

Le dépistage clinique des cas n'a pu être fait avant 1962, époque à laquelle la direction du Centre Médico-psychologique, dont nous

venons de donner les caractéristiques, a été confiée au Docteur LAROCHE.

Précédemment à cette époque, l'examen électroencéphalographique n'était pas pratiqué systématiquement pour chaque nouveau consultant.

Nous nous sommes trouvés devant l'alternative suivante :

- Utiliser uniquement les cas dépistés à partir d'octobre 1962, et avoir une population homogène, mais un nombre restreint de cas ;
- Utiliser les archives du laboratoire d'électro-encéphalographie, pour y adjoindre les cas vus au cours des années précédentes, ou examinés à la demande des médecins autres que ceux du centre.

Nous avons réuni 89 observations d'épilepsie essentielle infra-critique.

Notre matériel d'étude comprend 87 cas, les deux cas restant concernant des adolescents de 15 ans, examinés l'un en 1962/1963 et l'autre en 1963/1964.

Sur les 87 cas, répondant exactement aux critères que nous avons définis au début de ce chapitre :

- 15 ont été examinés pour la première fois en 1962/1963,
- 18 en 1963/1964.

soit en tout 33 cas pour les deux années.

Parmi les 54 autres :

- certains, dépistés à partir de l'électroencéphalogramme, avaient été examinés au centre antérieurement, ou vus à la demande de médecins extérieurs au centre ;
- dans 35 cas, soit environ les 2/3, il s'agissait d'enfants déjà

examinés au centre, mais chez qui le diagnostic n'avait pas été posé, et a été rectifié à l'occasion de nouvelles consultations en 1962/1963, et 1963/1964 ; il a été particulièrement facile d'incorporer ces cas sans nuire à l'homogénéité de l'ensemble.

V - POPULATION DE REFERENCE -

Le nombre de sujets examinés pour la première fois au centre s'est élevé à :

- 246 en 1962/1963,
- 274 en 1963/1964.

La comparaison de ces deux échantillons, entre eux et avec ceux des années antérieures, nous a montré que nous pouvions utiliser comme population de référence la moyenne des échantillons des deux dernières années, soit une population annuelle théorique de 260 cas.

On pourrait s'étonner que, dans cette population, ne figure pratiquement aucun enfant atteint d'épilepsie avec crises. L'explication tient à deux raisons :

1) - La première (et non des moindres) est que nous ne les avons pas comptés.

Mais nous avons pour cela d'excellents motifs.

2) - Chez 3 enfants seulement, en deux années, une épilepsie clinique et électrographique a été découverte :

- 2 enfants de 10 et 11 ans, en 1962, 1963.
- et 1 enfant de 11 ans, en 1963/1964.

Ce qui représente une proportion de 0,58%.

Ce pourcentage très faible nous permet d'utiliser indifféremment notre population de référence comme échantillon-témoin, ou échantillon-normal.

Pourquoi si peu d'épileptiques ? Là aussi, deux raisons :

1) - D'une part, l'épilepsie est "en sommeil" pendant l'enfance.

Depuis la naissance jusqu'à 2 ou 3 ans, les troubles critiques paroxystiques que peut présenter un enfant sont réunis sous la dénomination commune de "convulsions" et ce sont les omnipraticiens ou les pédiatres que l'on appelle pour les traiter.

Ensuite, la fréquence des crises convulsives diminue considérablement à la puberté.

2) - Pendant cette période de l'enfance, qui va de 3 à 14 ans environ, les crises sont rares, mais quand elles se produisent elles ont le déroulement complet et dramatique de la crise comitiale. Elles sont donc suffisamment impressionnantes pour que l'enfant soit dirigé sur un service hospitalier.

C'est donc le "revers de la médaille" de notre centre, que d'avoir peu d'épilepsie à diagnostiquer, mais d'en avoir par contre beaucoup à suivre, pour contrôle périodique de l'efficacité d'un traitement, prescrit le plus souvent à l'Hôpital.

VI - L'EPILEPSIE DANS LA POPULATION NORMALE -

1) - Difficulté d'évaluation de son importance

Il est difficile d'évaluer la proportion des sujets atteints d'épilepsie dans la population normale. Cette difficulté tient à divers facteurs :

- a) L'épilepsie n'est pas une maladie univoque et certaines de ses formes sont assez souvent méconnues.
- b) Les crises d'épilepsie, qui en sont le symptôme le plus manifeste, se répètent avec une fréquence qui est presque impossible à systématiser, aussi bien d'un malade à un autre, que chez un même sujet.
- c) Chez certains sujets les crises peuvent n'apparaître que dans des conditions particulières, et même si étroitement précises qu'elles peuvent être ignorées par le milieu de travail, le milieu familial et parfois le sujet lui-même.
- d) La possibilité de crises comitiales entraîne constamment, chez les employeurs, une attitude négative, qui va de la méfiance, prudente ou plus souvent hostile, jusqu'au renvoi sans commentaire ou au rejet systématique de la candidature.
De ce fait, nombre d'épileptiques sont parfois très légitimement poussés à la dissimulation de leur maladie.
- e) Les statistiques militaires ne rendent pas mieux compte de la fréquence de la comitialité pour des raisons inverses : pour obtenir une réforme, qui leur évitera d'accomplir leur service militaire, bien des appelés affirment qu'ils présentent des crises convulsives ; sur la nature desquelles il peut être difficile de se prononcer.
- f) Enfin l'examen électroencéphalographique apporte des renseignements particulièrement intéressants, mais qui sont loin de résoudre notre problème.

Lucien SOREL, dans un ouvrage qui remonte à 1961, affirme avoir trouvé chez 2.170 épileptiques avérés, examinés par lui

au point de vue électroencéphalographique :

- 30,75% de tracés normaux,
- 0,79% de tracés montrant une activité régulière mais de fréquence anormale,
- 32,28% de dysrythmies généralisées, légères, moyennes ou graves,
- 27,44% de tracés montrant un foyer d'une activité anormale quelconque
- et quand même, dans 9,04% des cas, une activité paroxystique, bilatérale, synchrone "genre pointe onde".

On ne peut être que surpris devant cette expérience de SOREL, qui trouve chez les épileptiques eux-mêmes moins de tracés de comitialité que n'en trouvent VERCELETTO et COURJON dans la parenté des épileptiques.

Bien entendu ce n'est pas dans ce sens que la question se pose dans la réalité. Il existe bien sûr des épileptiques dont le tracé peut être habituellement normal. Quant l'examen est correctement pratiqué, avec épreuve de sensibilisation si besoin, ils ne sont pas légion.

Le problème est inverse : c'est celui des sujets normaux, cliniquement non épileptiques, mais dont le tracé électrographique montre des altérations comitiales. Caux-là sont très nombreux, comme nous allons le voir.

- 2) - Quelle est la fréquence de l'Epilepsie dans la population normale ?

Nous avons vu certaines des difficultés auxquelles se heurte toute estimation générale.

Il en existe d'autres, qui sont également importantes.

La Fréquence des crises d'épilepsie varie de façon très considérable avec l'âge du sujet. Il faudrait donc toujours rapporter le nombre des épileptiques à l'effectif de la tranche d'âge correspondante.

On constate également, d'un groupe ethnique à un autre, de fortes variations dans la fréquence de l'épilepsie. Ceci n'a rien de surprenant puisque l'on sait l'existence de facteurs héréditaires dans la transmission de la maladie.

Tant de difficultés accumulées, tant d'écueils, sont choses bien décourageantes. Aussi hésitons-nous à mentionner, en plus, le difficile problème posé par les formes infra-critiques de l'épilepsie. Mais dans notre situation nous ne pouvons le passer sous silence :

- Faut-il recenser, avec les épileptiques avérés, tous les sujets qui n'ont jamais présenté aucune crise, mais dont le tracé électro-encéphalographique montrerait des altérations typiques de comitialité ?

- Si oui, comment ?

Mais ces problèmes, sans doute, ne prennent d'importance que sous la plume des psychasthéniques car les "compteurs" d'épileptiques sont innombrables.

Certains les ont comptés par famille, par village, par canton, par départements. D'autres ont étudié des échantillons surprenants, de par leur caractère infinitésimal, devançant ainsi notre Maître VILAIN qui, comme chacun sait, est l'inventeur de la statistique sur deux cas.

Curieusement on peut noter que d'assez nombreuses enquêtes portent sur des populations de 200 âmes. Nous sommes troublés que des savants si distingués, vivant dans des pays aux densités de peuplement si

différentes aient eu cette même idée, de prendre pour champ d'expérience un hameau de 200 habitants exactement. Nous sommes tout aussi surpris qu'ils aient trouvé, chacun dans leur petit hameau, un épileptique bien entier, ni plus ni moins.

Peut-être ont-ils procédé à l'inverse, et partant d'un épileptique, ont-ils cherché à dénombrer son entourage. On comprendrait qu'ainsi, sous l'effet d'une même fatigue, ils aient succombé de la même façon en arrivant au chiffre de 200.

Qu'on nous pardonne de nous être un instant divertis. Si notre scepticisme a montré le bout de l'oreille, il en sera bientôt puni, car à la réflexion, c'est au coeur charitable des savants que notre épileptique doit d'avoir évité le traitement de SALOMON, auquel le condamnait la loi du pourcentage. Nous allons voir, en outre, que quelles que soient les populations étudiées, la proportion des épileptiques avérés est de l'ordre de 5 pour 1000.

En France, LOUAIL a publié en 1884, des chiffres, qui sont en grande partie périmés, car ils remontent à une époque où la fréquence de l'épilepsie, encore mal connue, était fortement sous estimée chez les hommes et très surestimée par contre chez les femmes, du fait d'une certaine confusion avec les troubles hystériques. Néanmoins, nous accordons une valeur indicative non négligeable à ce travail, qui porte sur un grand nombre d'individus. Sur 3.570.692 jeunes gens, inscrits au tirage au sort pour accomplir leur service militaire, entre 1831 et 1851, 6.082 étaient réformés pour épilepsie, soit une proportion de 1,7 pour 1000.

Léon MARCHAND a fait en 1938 une synthèse de nombreuses publications, et proposé le chiffre moyen de 2 pour 1000.

Plus récemment CONRAD en 1940 a donné la proportion de 4 pour 1000 et MALZBERG, en 1947, celle de 6,2 pour 1000.

Une statistique américaine postérieure à la guerre de 1914-1918, publiée par le WAR Department, et portant sur deux millions d'hommes âgés

de 19 à 31 ans, fait état de 14.195 réformes, soit à peu près la même proportion.

SOREL en Belgique, BEAUDOIN, puis BONDUELLE en France, estiment à 6 pour 1000 la proportion d'épileptiques dans la population normale.

3) - Fréquence relative de l'épilepsie infra-critique par rapport à l'épilepsie

Quelles sont les proportions respectives de l'épilepsie manifeste et de l'épilepsie infra-critique, dans la population normale ?

Nous possédons très peu de documents sur cette question. En effet, elle fait intervenir les critères de normalité ou d'anormalité du tracé électrographique, dont on sait combien ils restent controversés à l'heure actuelle.

F.A. GIBBS, E.L. GIBBS et W.G. LENNOX, en 1943, estimaient à 13,5% la proportion de tracés "anormaux" dans la population normale. Par contre, dans une publication de 1941 intitulée "la signification d'un électroencéphalogramme anormal", S.D. WILLIAMS travaillant en temps de guerre, sur un personnel particulièrement sélectionné (Royal Air Force) ne trouve que 5% de tracé anormaux.

Commentant cette différence le Professeur Jean DELAY et G. VERDEAUX écrivent :

" Le fait que ces 13,5% se réduisent à 5% lorsque la sélection médicale a opéré, prouve qu'une partie des anomalies est due à des troubles cliniques ignorés lors de l'examen du groupe ".

Ce qui d'une certaine façon est la thèse que nous soutenons.

Le problème est relativement moins complexe lorsque la normalité d'un tracé est appréciée du seul point de vue morphologique, c'est-

à-dire des images paroxystiques.

Toutefois, le très petit nombre de documents nous a contraint à recourir à des recoupements, pour essayer de valider nos hypothèses comme nos résultats.

Etudiant l'hérédité dans l'épilepsie, J. et C. METRAKOS ont trouvé que 2,38% des sujets cliniquement sains et indemnes d'épilepsie avaient à l'électroencéphalogramme des altérations paroxystiques de type comitial (pourcentage qui concorde avec celui de WILLIAMS si l'on tient compte des autres types d'anomalies).

Si nous acceptons la proportion généralement admise de 5 à 6 épileptiques pour 1000 individus adultes, l'examen électroencéphalographique d'une population normale doit montrer que :

- $23,8 \div 5 \text{ à } 6 \text{ sujets} = 30 \text{ sujets}$, environ, sur 1000 ont des signes électrographiques de comitialité, et que un pour cinq de ces sujets est un épileptique patent.

Nous avons cherché dans d'autres travaux une vérification de ces chiffres.

Dans un travail publié en 1967, VERCELETTO et COURJON ont étudié les tracés électrographiques des deux parents de 60 malades atteints d'épilepsie essentielle, comparativement aux tracés des parents de 100 sujets de contrôle.

Ils ont relevé dans le groupe de contrôle 8% de tracés montrant des altérations paroxystiques diverses entre lesquelles ils n'ont pas fait la distinction. Cependant, nous savons par plusieurs études concordantes, qu'au-delà de 35 ans la proportion des altérations comitiales varie peu par rapport aux autres altérations paroxystiques, et atteint environ 30%.

nous obtenons par un calcul analogue :

$$\frac{30 \times 8}{100} + 0,6 = 3 \text{ sujets sur } 100$$

ayant des signes électrographiques de comitialité (1/5è d'entre eux était un épileptique).

Une autre vérification nous est encore possible. Le travail de VERCELETTO et COURJON montre que 30% des parents d'épileptiques essentiels ont à l'examen électroencéphalographique des altérations paroxysmiques diverses; nous pouvons en déduire que 9% d'entre eux ont des tracés de comitialité.

Or Léon MARCHAND, étudiant un échantillon de 957 épileptiques, a montré dans un travail publié en 1938, que dans 18 cas l'un des deux parents était cliniquement épileptique. En comparant ces deux recherches, nous retrouvons dans la parenté des épileptiques, la proportion de 1,8 épileptique avéré pour 9 sujets ayant un électroencéphalogramme de comitialité, c'est-à-dire cette même proportion de 1 pour 5.

4) - Fréquence relative des épilepsies essentielle et lésionnelle.

Le problème est particulièrement délicat, et les chiffres publiés varient, cette fois, dans de telles proportions, qu'on peut être certain à l'avance qu'ils ne se rapportent pas aux mêmes phénomènes.

Dans les épilepsies "asilaires" on avance couramment des proportions de l'ordre de :

- 10% d'épilepsies essentielles graves, avec évolution déméntielles ;
- pour 90% d'épilepsies lésionnelles, la plupart dites temporales, en raison de l'existence d'altérations électrographiques

en foyer uni ou bi-temporal. Si bien que certains considèrent que l'épilepsie psychiatrique est l'épilepsie temporale.

Dans une population asilaire, également Henri EY nous donne un échantillon d'observations très complètes, à partir desquelles il semble qu'on doive retenir le rapport d'une épilepsie essentielle, pour deux épilepsies lésionnelles.

Une communication de GRANJON (E.), LLIAGOUBI(S), SOULAYROL (R.) et ROGER (J.) pour le centre Saint-Paul, SALLOU (C), MERLIN (R.) et POISSONNIER (M.) pour l'institut médico-technique de CHAMBERY, fait état d'une expérience portant sur 2.250 enfants, placés en institution spécialisée pour troubles du caractère et du comportement.

Les auteurs comptent :

- pour 1.150 enfants de moins de 14 ans, 105 épileptiques, soit 9,1%
- pour 1.100 enfants de 14 à 18 ans, 84 épileptiques, soit 7,6%

proportions explicables par le caractère de la population.

Ils étudient plus particulièrement les 84 derniers cas, qu'ils répartissent en :

- 62 cas d'épilepsie généralisée, dont 1/4 avec des antécédents convulsifs familiaux ;
- et 22 cas d'épilepsie focalisée, dont la moitié avec des antécédents convulsifs familiaux.

Cliniquement le rapport des formes généralisées aux formes focalisées est de 3 pour 1. Mais la distribution des antécédents familiaux montre immédiatement que cette répartition ne permet pas de distinguer les épilepsies essentielles des épilepsies lésionnelles.

Dans les 600 observations avec corrélations électro-cliniques de sa première étude, LAROCHE relevait 13 cas d'épilepsie infra-critique, soit 2,16% ; mais il s'agissait d'une population hospitalière, artificiellement amputée des cas d'épilepsie critique. Cependant, la fréquence d'une forme essentielle pour deux formes d'aspect lésionnel peut être retenue, et considérée éventuellement comme significative en raison des conditions d'observation.

BRIDGE, à partir de 1949, a publié une série de recherches sur les relations entre convulsions infantiles et épilepsie.

Il a étudié en particulier une population de 742 enfants "épileptiques" suivis pendant 5 ans au moins.

L'évolution a été favorable pendant toute la durée de l'observation, pour 81 enfants, chez qui aucune crise n'a plus été constatée, 1/4 seulement de ces enfants étant traités. BRIDGE estime à 58% la part de ces enfants relevant d'une épilepsie essentielle.

Dans les 661 autres cas, au contraire, les crises ont persisté, à des fréquences variables. BRIDGE estime qu'ici la proportion d'épilepsies essentielles était seulement de 39%.

On trouvera, ci-dessous, un tableau montrant la répartition des cas.

	T O T A L		Cas favorables Rémission plus de 5 ans		Cas moins favorables	
Nombre de cas		742	11%	81	89%	661
Epilepsie essentielle	41%	301	58%	47	39%	257
Epilepsies secondaires	59%	441	42%	34	61%	404

Ainsi, dans 81 cas favorables d'enfants pratiquement non "malades" et menant une vie sensiblement normale, BRIDGE compte environ 3 cas d'épilepsie essentielle pour 2 cas d'épilepsie secondaire, soit une proportion très différente de celle de LAROCHE, alors que le type de population ne semblait pas devoir être très différent.

Par contre, chez les 661 enfants atteints de maladie épileptique, et que semblait devoir constituer une population différente de celle de LAROCHE, BRIDGE relève un cas d'épilepsie essentielle, pour 2 cas d'épilepsie secondaire. Ceci correspond, assez paradoxalement, au rapport trouvé par LAROCHE, d'une épilepsie essentielle pour deux épilepsies d'aspect focalisé ; et correspond également aux chiffres de Henri EY, à certains chiffres de Françoise MINKOWSKA, de STAUDER, ou d'autres auteurs, pour des populations aussi différentes que possible.

Il semble donc :

1°) Soit qu'il existe, entre ces diverses populations, des éléments de parenté qui nous ont échappé jusqu'ici.

2°) Soit que la distinction entre épilepsie essentielle et épilepsie focalisée, à laquelle se réfèrent la plupart des auteurs, quelle que soit la terminologie qu'ils emploient :

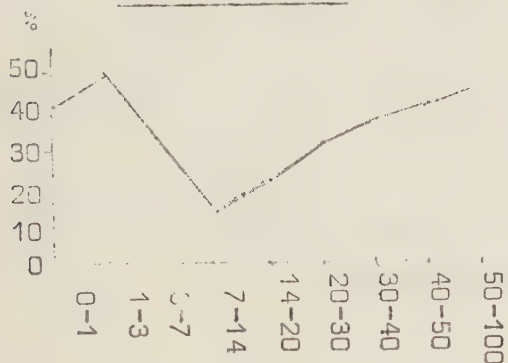
- soit faussée par l'utilisation de critères inadéquats d'appréciation ;
- ou soit entièrement artificielle, et ne soit fondée sur aucune des propriétés réelles des phénomènes étudiés.

Nous avons cherché dans les travaux de SOREL, auxquels nous avons déjà fait allusion, si nous pouvions trouver certains renseignements de nature à donner une cohérence aux faits rapportés jusqu'ici.

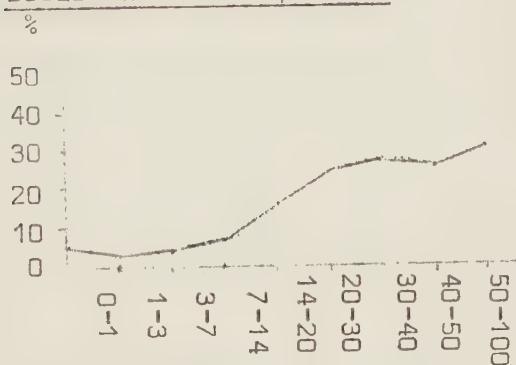
En effet, cet auteur a étudié la fréquence relative des anomalies électrographiques de ses 2.710 épileptiques en fonction de leur âge au moment de l'examen.

T A B L E A U V

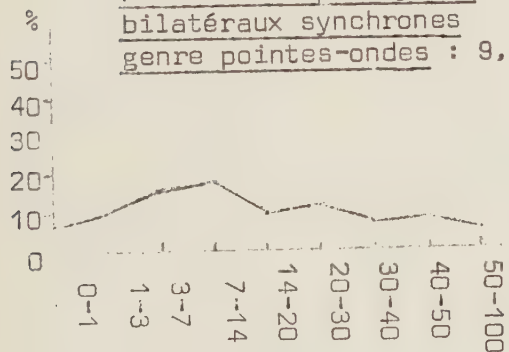
Tracés normaux : 30,73 %



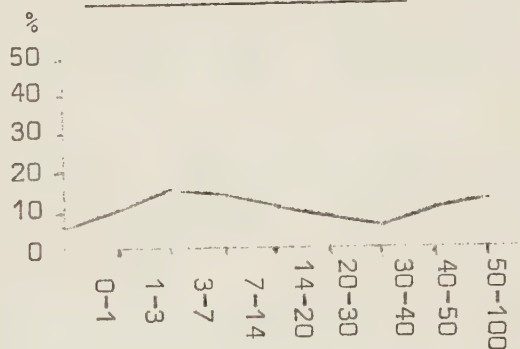
Localisations temporales : 17,34 %



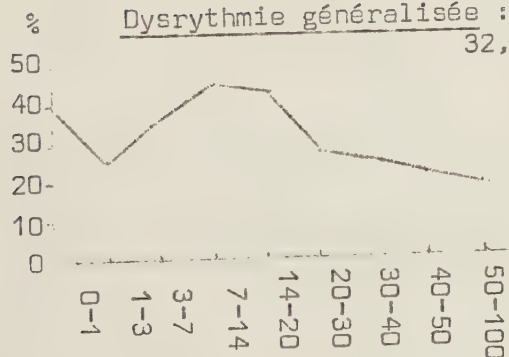
Présence de paroxysmes bilatéraux synchrones genre pointes-ondes : 9,04%



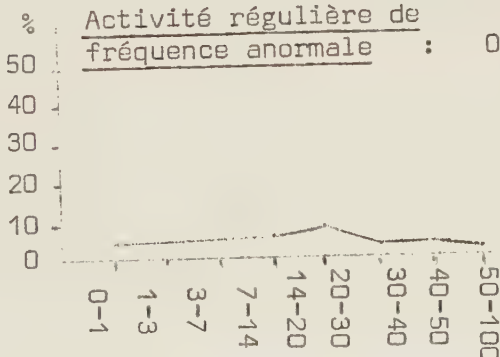
Autres localisations : 10,10 %



Dysrythmie généralisée : 32,28%



Activité régulière de fréquence anormale : 0,79 %



Ces tableaux ne nous apportent aucun éclaircissement, du moins dans l'immédiat.

On doit cependant remarquer que :

- la fréquence des tracés "normaux" passe par un minimum aux âges où, paradoxalement, l'épilepsie est cliniquement la plus rare.
- les tracés caractéristiques d'épilepsie présentent, au contraire, et de façon aussi paradoxale, un maximum de fréquence au même âge.
- les foyers temporaux sont statistiquement rares chez l'enfant, et leur fréquence augmente considérablement après 14 ans.

Pourrons-nous découvrir quelque lumière dans l'étude des épilepsies traumatiques ?

Ces formes si particulières de l'épilepsie glissaient insidieusement dans l'oubli, jusqu'à ces dernières années. C'est qu'il faut de terribles calamités mondiales pour qu'elles retrouvent leur très regrettable importance.

La guerre de 1914-1918 fut l'une d'elles. De l'autre, plus récente, résulte des effets conjoints d'un prodigieux effort de l'industrie automobile et d'un goût certain de la vitesse.

Pendant la guerre de 1914-1918 on vit, hélas, un très grand nombre de traumatismes cranio-cérébraux fermés et un plus grand nombre encore de blessures ouvertes, avec parfois d'énormes pertes de substance.

La plupart des statistiques de l'époque se rapportent à des blessures ouvertes, qui ont été suivies d'épilepsie dans 12% des cas en moyenne (les chiffres extrêmes allant de 10 à 20%).

Sur 116 blessés craniens étudiés par CESTAN, 115 avaient des lésions en foyer.

Les épilepsies apparues les plus précocément dépendaient de lésions fronto-pariétales, puis temporales, enfin occipitales.

Les diverses localisations lésionnelles se compliquaient d'épilepsie avec la fréquence suivante :

- une lésion frontale entraînait l'épilepsie dans 24×10^{-2} cas,
- une lésion pariétale dans 22×10^{-2} cas,
- une lésion temporale dans 9×10^{-2} cas,
- et une lésion occipitale dans $3,7 \times 10^{-2}$ cas.

On est surpris de la rareté relative de l'épilepsie après lésion temporale, si fréquemment signalée ailleurs.

En 1919, dans sa thèse, BEHAGUE a étudié les 3.623 blessés du crâne vus à la Salpêtrière dans le service de PIERRE MARIE. Il a en outre rapporté le même sujet, au congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de 1921.

Ecartant les épilepsies transitoires, par esquilles, projectiles, hématomes, etc ... il retient uniquement les épilepsies durables, qui sont apparues dans 438 de ses 3.623 cas, soit 12,11%.

Les divers foyers lésionnels se sont compliqués d'épilepsie avec la fréquence suivante :

- pour cent lésions pariétales : 14 cas d'épilepsie
- pour cent lésions frontales : 12 cas
- pour cent lésions occipitales : 12 cas
- pour cent lésions temporales : 4 cas seulement,
- enfin aucun cas dans les lésions cérébelleuses

D'autre part :

- 1.558 blessures touchant l'hémisphère droit ont entraîné 206 fois l'apparition d'une épilepsie, c'est-à-dire que pour 100 lésions de l'hémisphère droit, on a constaté 13,2 cas d'épilepsie.

- 2.065 blessures touchant l'hémisphère gauche ont entraîné 232 fois l'apparition d'une épilepsie, c'est-à-dire que pour 100 lésions de l'hémisphère gauche on a constaté 11,2 cas d'épilepsie.

Pour n'être pas considérable, la différence est significative, d'autant que l'épilepsie post-traumatique apparaît comme plus fréquente après les lésions de l'hémisphère habituellement mineur.

La nature et la localisation des lésions ne semblent avoir aucune relation avec la forme clinique de l'épilepsie consécutive.

BEHAGUE relève :

- 156 cas d'épilepsie partielle, soit 35,53%
- pour 282 cas d'épilepsie généralisée, soit 64,44%

Quant au temps de latence entre la blessure et l'apparition de l'épilepsie, il est de :

- 3 à 5 mois, en général, dans environ 40 à 50% des cas, soit 175 à 220 cas.
- 5 à 10 mois dans 20 à 25% des cas, soit 90 à 110 cas.
- 10 à 18 mois dans 20% des cas, soit 90 cas.
- et plus de 18 mois dans 3% des cas, soit 13 cas.

Un cas de CESTAN a débuté 7 ans après une blessures pariétale.

Ce sont les épilepsies rolandiques qui sont apparues les premières, puis les pariétales, les frontales, les occipitales et les temporales. Les blessures encéphaliques étendues et profondes ont un temps de latence plus long.

Cliniquement, les épilepsies partielles sont apparues plus vite que les épilepsies généralisées ; ces dernières sont apparues habituellement comme généralisées d'emblée. Il existe d'autres formes : psychomotrice, dysphasiques et dysrythmiques, myocloniques, psychiques.

On note souvent une aura cicatricielle, avec paresthésies (picotements, fourmillements) au niveau de la plaie crânienne, et sensation de tension de la cicatrice, qui devient douloureuse à la pression.

Les épilepsies antérieurement existantes sont souvent aggravées par le traumatisme. D'une manière générale, les interventions neuro-chirurgicales favorisent l'apparition de l'épilepsie.

BEHAGUE décrit enfin, sous le nom d'épilepsie tardive symptomatique, un groupe de cas assez analogues aux épilepsies transitoires précoces, où les crises convulsives sont fréquentes et apparaissent le plus souvent comme une complication tardive de la plaie crânienne.

PAILLAS (J.-E.), COURSON (B.), NAQUET (R.) et PAILLAS (N.) ont publié en 1960, 216 cas d'épilepsie post-traumatique, observés dans une population de 1.900 traumatisés du crâne, soit dans 11,37% des cas.

L'épilepsie post-traumatique est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. La survenue d'une crise convulsive dans la phase post-traumatique immédiate, la gravité et la durée du coma initial sont des éléments sans valeur pronostique quant à la constitution d'une épilepsie.

Les cas se décomposent ainsi :

1) - Traumatismes cranio-cérébraux fermés -

1.765 cas, suivis d'épilepsie dans 166 cas, soit 9,7%. L'épilepsie est apparue au cours de la première année dans 68 cas, soit 41,5%, mais aussi après un délai pouvant aller jusqu'à 30 ans dans un cas.

- Le délai d'incubation varie avec le siège du traumatisme

- 6 mois pour les lésions rolando-pariétales,
- 3 ans pour les temporales,
- 8 ans pour les frontales,
- 13 ans pour les occipitales

- Il varie également

- avec l'importance des dégâts parenchymateux hémisphériques ;
- avec l'âge du sujet au moment du traumatisme : délai moyen de 15 ans pour un sujet âgé de plus de 15 ans.

L'épilepsie se manifeste cliniquement : par ordre de fréquence décroissante :

- par des crises généralisées dans 75 cas, soit 45% .
- par des crises psycho-motrices dans 60 cas, soit 36% ;
- par des crises bravais-jacksoniennes dans les 31 autres cas, soit 19%.

Mais les crises peuvent s'intriquer, et réaliser une épilepsie polymorphe. N'importe quelle lésion peut provoquer n'importe quel type de crise, mais :

- les crises généralisées et psycho-motrices relèvent surtout des lésions frontales et temporales ;
- les crises bravais-jacksoniennes des lésions rolando-pariétales.

Les tracés électrographiques montrent :

- 103 cas d'anomalies unilatérales en foyer, soit 66% ;
- 32 cas d'anomalies diffuses, soit 19% ;
- 17 cas sans anomalies, soit 10%.

Les localisations en foyer les plus fréquentes sont temporales. L'examen électroencéphalographique n'a de valeur pronostique que lorsque l'on suit son évolution dans le temps.

2) - Plaies cranio-cérébrales ouvertes -

135 cas suivis d'épilepsies dans 50 cas, soit 37%. L'épilepsie est apparue au cours de la première année dans 24 cas, soit 48%, le délai d'incubation variant éventuellement comme précédemment.

Elle se manifeste cliniquement :

- par des crises généralisées dans 16 cas, soit 32,5% ;
- par des crises psycho-motrices dans 17 cas, soit 34,5% ;
- par des crises bravais-jacksoniennes dans les autres cas.

Les variantes étant les mêmes que précédemment.

Les tracés électrographiques montrent :

- 39 cas d'anomalies unilatérales en foyer, soit 78% ;
- 5 cas d'anomalies diffuses, soit 10% ;
- 5 cas sans anomalies, soit 10%.

En résumant ce travail, nous n'avons pas suivi le plan des auteurs, car nous avons jugé préférable de présenter séparément les épilepsies apparues après traumatisme cranio-cérébral fermé, de celles consécutives à un traumatisme ouvert.

Il s'agit en effet de cas profondément différents par leur nature ; leur gravité et leur évolution.

Il nous a semblé que cette présentation fait mieux ressortir les grandes lignes d'évolution de leur cas .

Elle permet aussi de mieux comparer les 166 cas d'épilepsie après traumatisme cranio-cérébral fermé à ceux décrits par BEHAGUE, 40 ans plus

tôt, à propos de plaies de guerre cranio-cérébrales ouvertes. Le comportement est rigoureusement identique . même mode d'apparition, même fréquence en fonction des foyers lésionnels, même ordre d'apparition relativement à ces foyers , même expression clinique, LA SEULE DIFFERENCE ETANT LA DUREE d'INCUBATION BEAUCOUP PLUS GRANDE, dans les cas de PAILLAS, ce qui nous paraît prévisible, puisqu'il s'agit de traumatisme fermé.

Cette présentation met en évidence le caractère trompeur des focalisations électrographiques, caractère que l'on connaît depuis bien longtemps maintenant, à la suite des travaux électroencéphalographiques de F.A. et E.L. GIBBS. Alors que les foyers étudiés par BEHAGUE, CESIAN, le Professeur CLAUDE, le Professeur GUILLAIN, le Professeur LENORMANT, NETTER, POROT, H. ROGER, SOLLIER, VILLARET, Cécile VOGT et bien d'autres, sont des foyers anatomiquement contrôlés, et dont les relations avec l'épilepsie post-traumatique sont données par le tableau dressé par BEHAGUE :

- pour cent épilepsies :

- 55,20 sont liées à un foyer pariétal ;
- 26,93 à un foyer frontal ;
- 10,53 à un foyer occipital ;
- 8,33 à un foyer temporal.

Toutes les études anatomo-cliniques sont concordantes, et montrent que les épilepsies après lésion temporale sont très rares et tardives.

On peut en conclure que les foyers électrographiques temporaux ne correspondent pas à des lésions temporales en foyer, conclusion que nous aurions aimé trouver dans le travail de PAILLAS et de ses collaborateurs.

Nous aurions également aimé trouver une étude plus substantielle des cas de plaies cranio-cérébrales ouvertes où nous avons été surpris

de la fréquence considérable et tout à fait inhabituelle des épilepsies post-traumatiques.

Nous savons que ces blessures sont totalement différentes de l'expérience des plaies de guerre, et qu'elles sont en général extrêmement graves, du fait des conditions nouvelles, très particulières, dans lesquelles elles se produisent : il s'agit le plus souvent d'accidents de la route, dans lesquels l'élément mobile est le corps du sujet lui-même, animé d'une énergie cinétique considérable, qui vient heurter un solide indéformable ayant une masse d'énergie également considérable ou une énergie cinétique augmentant la violence du choc.

Toutefois, si des traumatismes de ce genre étaient rares autrefois, ils n'étaient cependant pas inconnus, et ils ont fait l'objet d'études dont certaines sont restées classiques. Ainsi la thèse d'Albert CANNON, qui le premier a montré en 1877, que les plaies cranio-cérébrales avec grosses pertes de substance, étaient d'un pronostic relativement bon et ne se compliquaient pratiquement jamais d'épilepsie, et qu'un nettoyage chirurgical, avec régularisation de la plaie, pouvant comporter de larges excisions de substance cérébrale était préférable à une attitude conservatrice plus prudente.

Nous nous sommes demandé si ce n'était pas dans des cas de ce genre, neuro-chirurgicaux par excellence, que PAILLAS et ses collaborateurs avaient été tentés de faire une chirurgie aussi conservatrice que possible ; et si leurs résultats n'étaient pas en partie imputables à cette prudence.

Avant d'achever ce tour d'horizon, nous avons voulu réserver une place particulière aux recherches électro-cliniques poursuivies depuis bientôt 15 ans par Claude BLANC, sur les localisations électrographiques temporales chez l'enfant.

Une communication, faite à la Société d'électro-encéphalographie avec Madame DREYFUS-BRISAC, nous servira à indiquer l'orientation de ces recherches.

BLANC a constitué vers 1960, un groupe d'étude de cent enfants d'un âge moyen de 8 ans, dont la moitié étaient régulièrement suivis depuis 5 ans, et qui tous présentaient des anomalies en foyer temporal à l'électroencéphalogramme.

A - LES CARACTERES ELECTROGRAPHIQUES observés par BLANC sont :

- Des foyers de pointes diphasiques et de pointes ondes lentes à topographie généralement temporale moyenne et temporale antérieure, avec parfois extension à la région rolandique : 88 cas

- Des foyers d'activités lentes thêta et delta, qui sont assez souvent temporo-occipitales, en particulier en période post-Critique : 12 cas

- L'association d'un foyer de pointes temporales à des anomalies paroxystiques diffuses : 36 cas

Dans 18 de ces cas, les anomalies paroxystiques consistent en pointes-ondes et polypointes-ondes bilatérales synchrones, apparaissant à la stimulation lumineuse intermittente

- Un foyer temporal unilatéral isolé : 38 cas

- Des altérations temporales bilatérales : 26 cas

Dans 62 des 100 cas, il existe soit des altérations temporales bilatérales, soit une association foyer - paroxysmes.

B - LES GROUPEMENTS ELECTRO-CLINIQUES comportent trois rubriques

1° - Etats névrotiques et caractériels, sans phénomènes convulsifs : 22 cas

Cliniquement il s'agit d'enfants présentant des troubles névrotiques du "caractère" adressés le plus souvent pour difficultés

scolaires, troubles caractériels, troubles du sommeil.

L'examen montre une anxiété marquée, des phobies, des terreurs nocturnes, une énurésie dans certains cas.

Il n'y a pas d'antécédents organiques caractérisés, pas de phénomènes convulsifs actuels. Chez peu d'enfants : notion de spasmes du sanglot, de convulsions hyperthermiques avant 2 ans.

L'électroencéphalogramme montre des pointes diphasiques sporadiques de faible amplitude, en foyer bien limité, temporal gauche le plus souvent.

Discussion : Initialement, sur la vue de l'électroencéphalogramme, la plupart de ces enfants ont été considérés comme épileptiques, et traités comme tels. Le plus souvent, le traitement barbiturique a entraîné une aggravation spectaculaire des troubles, avec persistance du foyer électroencéphalographique. Un assez grand nombre d'enfants ont été améliorés cliniquement par l'administration de tranquillisants. Les évolutions de l'électroencéphalogramme ont été disparates et difficiles à schématiser.

Ces enfants ne sont pas des épileptiques, et ne doivent pas être traités comme des épileptiques.

2° - Séquelles d'atteintes cérébrales organiques graves : 30 cas.

Cliniquement : Il s'agit d'enfants dont le système nerveux a été gravement touché, par des affections d'étiologies diverses (prématurés avec accidents neurologiques à la naissance, encéphalopathies, séquelles de méningite, etc..). Certains enfants ont présenté des accidents convulsifs pendant la période aiguë de l'agression cérébrale. Au moment de l'observation (5 à 8 ans), les manifestations convulsives ont disparu depuis plusieurs années,

et ces enfants se présentent comme des encéphalopathes avec un retard intellectuel variable.

L'électroencéphalogramme montre, dans ce groupe, les phénomènes de migration occipito-temporale décrits par les GIBBS, sous leur forme la plus schématique. Dans le matériel étudié par BLANC ce sont chez les enfants présentant des séquelles électro-encéphalographiques de méningite (tuberculeuse, en particulier) et des séquelles d'atteintes infectieuses ou vasculaires à prédominance mono-hémisphérique (avec hémiplégie ou hémiconvulsion) que l'on observe les phénomènes de migration sous une forme presque stéréotypée. L'évolution se fait en trois stades : altérations mono-hémisphériques, contemporaines de l'affection, d'abord ; puis entre 1 et 3 ans les altérations se déplacent et constituent un foyer occipital ipsilatéral ; enfin à l'âge scolaire, on observe un foyer temporal.

Discussion : Ce groupe, dans lequel des atteintes lésionnelles graves d'un hémisphère ont été cliniquement constatées, et plusieurs fois confirmées par l'encéphalographie gazeuse fractionnée, s'oppose très nettement au groupe des enfants épileptiques, qui ne présente pas de manifestations neurologiques grossières. La migration des foyers, traduisant des atteintes lésionnelles importantes, sans phénomènes convulsifs, s'effectue selon le schéma de GIBBS.

3° - Epilepsie : 48 cas.

Clinique : 48 enfants présentent une épilepsie clinique, qui s'exprime par :

- crises généralisées	24
- crises bravais-jacksoniennes	6
- crises abdominales isolées	4
- crises nocturnes isolées	2
- trouble de la conscience et automa- tisme .	4

L'électroencéphalogramme est très difficilement systématisable. Les altérations diffuses sont fréquentes. L'association de crises abdominales isolées et d'altérations diffuses apparaissant uniquement à la stimulation lumineuse intermittente est un aspect particulier à signaler. L'association foyer temporal-altérations paroxystiques est extrêmement fréquente.

L'évolution des anomalies temporales chez les enfants épileptiques se fait suivant de nombreuses variantes, qui ne permettent pas actuellement de décrire de types évolutifs stéréotypés.

Dans de nombreux cas, BLANC a observé la succession alternante d'un foyer temporal et de paroxysmes généralisés. Les migrations reversibles occipito-temporales et temporales sont également fréquentes, scandées le plus souvent par les épisodes convulsifs. Des migrations contro-latérales et la transformation d'un foyer localisé en altérations diffuses continues ont également été observées. Dans plusieurs cas, la généralisation des anomalies est survenue au cours du traitement, alors que la stabilisation clinique était parfaite, avec absence de crises depuis plusieurs années.

Le caractère disparate de l'évolution de l'électroencéphalogramme doit, selon BLANC, faire nuancer les conceptions sur le rôle de la maturation dans les processus de migration et de transformation des figures électriques pathologiques. Les facteurs pharmacologiques et les phénomènes liés à la dynamique propre du foyer, conditionnés eux-mêmes dans leur expression par la maturation, interviennent et doivent être discutés dans les évolutions discordantes et anarchiques.

Il nous était impossible de passer sous silence les recherches de Claude BLANC, qui nous apportent enfin l'espoir de trouver une certaine cohérence dans les faits que nous avons rapportés.

Il nous était en outre très agréable d'avoir à les citer, car elles sont le modèle d'une recherche bien conduite, et témoignent de la qualité d'un homme qui sait allier harmonieusement une intelligence toujours en éveil, une curiosité constante pour les phénomènes, une vaste culture, une sensibilité et une compréhension rare des choses et des gens ; qui sait se plier, sans excès, aux exigences d'une démarche logique. Les travaux de BLANC sont ceux d'un homme qui sait observer les faits, et établir entre eux des liens, ou des relations possibles ou hypothétiques ; et qui sait proposer des conclusions, qui jamais n'enferment ou ne sont enfermées dans un système. Nous sommes heureux dans cette occasion de lui rendre hommage.

Ce que BLANC nous apporte, c'est d'abord le modèle d'une observation électro-encéphalographique ; la description en termes simples des figures rencontrées, leur répartition topographique, les associations observées. Tout ceci sans préjuger de leur signification.

Ensuite, un modèle de corrélations électro-cliniques qui lui permet de décrire successivement :

- 1° - une catégorie d'enfants, présentant des troubles névrotiques d'aspect assez constant (précisés dans diverses publications), associés à un type particulier d'altérations électrographiques.

Ces enfants ont une certaine parenté (parenté de structure, non d'organisation névrotique) avec ceux dont LAROCHE a relié la personnalité à des altérations électrographiques thêta paroxystiques. Toutefois, il est évident que LAROCHE n'avait à l'époque

ni les renseignements électroencéphalographiques nécessaires, ni sans doute les connaissances suffisantes dans ce domaine, pour pousser plus loin sa première étude sur la personnalité de ces enfants.

2° - une catégorie d'enfants encéphalopathes :

- qui, tout en ayant présenté des convulsions de type épileptique, ne sont pas des épileptiques.
- et tout en présentant des foyers électrographiques temporaires, ne sont pas des "temporaires" et encore moins des épileptiques temporaires.
- chez qui l'étude des migrations électrographiques offre un "modèle" pouvant, sous réserve de vérifications qui s'imposent, être applicable aux phénomènes observés chez l'adulte et, en particulier, chez les traumatisés crâniens, les épileptiques "asilaires" etc..

3° - une catégorie d'enfants épileptiques, dont BLANC nous montre combien leur tracé électrographique est variable, et donc difficilement rapportable à l'expression d'une lésion en foyer ; mais aussi combien ce tracé est lié aux modifications d'équilibre de l'électrogénèse, en fonction des lésions possibles, de la maturation neurologique, de la maturation psychologique, de l'action des thérapeutiques.

Ces notions sont d'une importance fondamentale pour la compréhension des problèmes de l'épilepsie, et nous verrons dans quelle mesure elles nous permettent de mieux saisir la signification des phénomènes que nous étudions.

CONCLUSIONS -

Nous avons d'abord défini les critères à partir desquels, dans cette recherche, nous considérons qu'un enfant appartient au cadre de l'épilepsie infra-critique.

Nous avons ensuite exposé les raisons pour lesquelles nous avons choisi de conduire notre recherche dans un centre médico-psychologique particulier, et indiqué les caractères de la clientèle du centre.

Puis, nous avons montré comment nous avons constitué notre échantillon de sujets, et quel serait notre population de référence.

Pour situer démographiquement l'importance du problème que nous étudions, nous avons tenté de donner une estimation de fréquence de l'épilepsie dans la population générale, et de déterminer la fréquence des épilepsies infra-critiques par rapport aux épilepsies avérées.

Enfin, nous avons essayé d'évaluer la proportion des épilepsies lésionnelles, par rapport aux épilepsies considérées comme "essentiellles". Et nous avons découvert que cette évaluation se heurtait à des problèmes presque insolubles, qui remettent en question non seulement les critères d'appréciation, mais la valeur et même la réalité d'une telle distinction.

Chemin faisant, nous avons retenu beaucoup de faits qui, nous l'espérons, trouveront leur explication, et leur place, au terme de ce travail.

Pour le moment nous jugeons favorable au développement de notre recherche de renoncer à l'habituelle classification des épilepsies, et de faire appel à un autre système de classification.

Nous pensons qu'il appartient à son auteur d'exposer lui-même ce système et cédon la parole à Monsieur Auguste LE GUEVEL DE LA

COMBE, chirurgien major en réforme, qui dans son

" ESSAI SUR L'EPILEPSIE "

" présenté et publiquement soutenu à la Faculté de Médecine de MONTPELLIER le 17 mars 1831, pour obtenir le grade de Docteur en Médecine "

a écrit :

" Toutes ces dénominations indiquent assez que les médecins de l'antiquité ne connaissaient qu'imparfaitement les causes, les symptômes et le traitement de l'épilepsie, aussi la regardaient-ils comme au-dessus de toute intelligence humaine ".

" Depuis longtemps les médecins continuent à se servir du mot épilepsie pour désigner cette maladie; ce n'est pas cependant qu'on ne soit généralement disposé à en donner de nouveaux ; le néologisme est assez de mode, et je suis porté à croire que si l'on n'a pas remplacé celui dont je me suis servi, c'est que, malgré les avantages de l'anatomie pathologique, dans la plupart des affections morbides, il n'a pas encore été possible d'en dévoiler d'une manière exacte et précise le véritable siège et la nature. A l'exception près des moyens thérapeutiques, sommes-nous plus avancés que nos prédécesseurs ? ".

" Les causes de l'épilepsie agissent directement sur le cerveau, ou sur les parties qui entretiennent des relations avec cet organe, c'est pourquoi on l'a divisée en idiopathique et sympathique. Quelques auteurs admettent aussi que l'affection épileptique peut se déclarer après une autre maladie dont elle n'est qu'un symptôme, et ils ajoutent à cette division une autre espèce d'épilepsie, qu'ils appellent symptomatique.

(....)

" Une division (...) que j'adopterai volontiers parce qu'elle repose sur les causes de la maladie, les résultats de l'anatomie pathologie, et sur la disposition particulière qu'y apportent les individus, est la suivante :

" L'épilepsie peut être idiopathique, sympathique et essentielle. La première est celle dont la cause primitive réside dans le cerveau, sans aucune affection morbide de tout autre organe.

La deuxième provient d'un vice ou de l'altération de quelque partie du corps, d'où résulte par sympathie celle de l'axe nerveux.

La troisième dépend de l'affection propre des forces vitales de tout le système, dont nous ignorons la nature ".

C'est cette classification que nous utiliserons provisoirement en étendant le cadre de l'épilepsie "sympathique" aux épilepsies provenant de l'altération d'une partie du cerveau, d'où résulte, " par sympathie", cette réponse générale du système nerveux, que représente le paroxysme comitial .

CHAPITRE II

LA POPULATION DES CAS d'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE

Parmi les 87 cas que nous avons retenus, 33 enfants ont été examinés pour la première fois en 1962/1963 et 1963/1964. Précisons que, par "enfants examinés pour la première fois" nous entendons désigner les enfants à propos desquels les parents ont, pour la première fois, décidé de demander un conseil, une aide psychologique, une intervention médicale d'ordre neuro-psychiatrique. L'échantillon théorique des enfants vus au cours d'une année scolaire constitue une première population.

P_1 dont l'effectif N_1 est égal à $\frac{33}{2}$

Nous appellerons Pr_1 la population de référence correspondante dont l'effectif $Nr_1 = 260$.

Il nous arrivera, pour simplifier, de considérer l'ensemble des 33 cas vus en deux ans, qui constitueront une population :

P_2 , d'effectif : $N_2 = 33$

et dont la population de référence sera :

Pr_2 d'effectif $Nr_2 = 520$

Enfin, nous considèrerons que nos 87 cas forment une population :

P d'effectif $N : 87$.

FREQUENCE, PAR AGE, DE LA CONSULTATION INITIALE :

A) - Elle est donnée par le tableau VI, qui montre :

1° - à gauche : l'histogramme de la répartition, par année d'âge, de la consultation initiale, dans les 260 cas de la population de référence Pr_1 .

A l'intérieur de cette population, nous avons distingué une classe d'enfants, dont la personnalité présente des caractères structuraux qui l'apparentent à l'épilepsie infra-critique. Nous aborderons cette question dans un autre chapitre.

2° - à droite : l'histogramme correspondant, pour les 89 cas d'épilepsie infra-critique que nous avons observés.

Les cas des deux adolescents se situent isolément en dehors des autres.

Nous trouvons donc directement, entre les limites de 2 et 12 ans, l'histogramme pour la population P d'effectif $N = 87$.

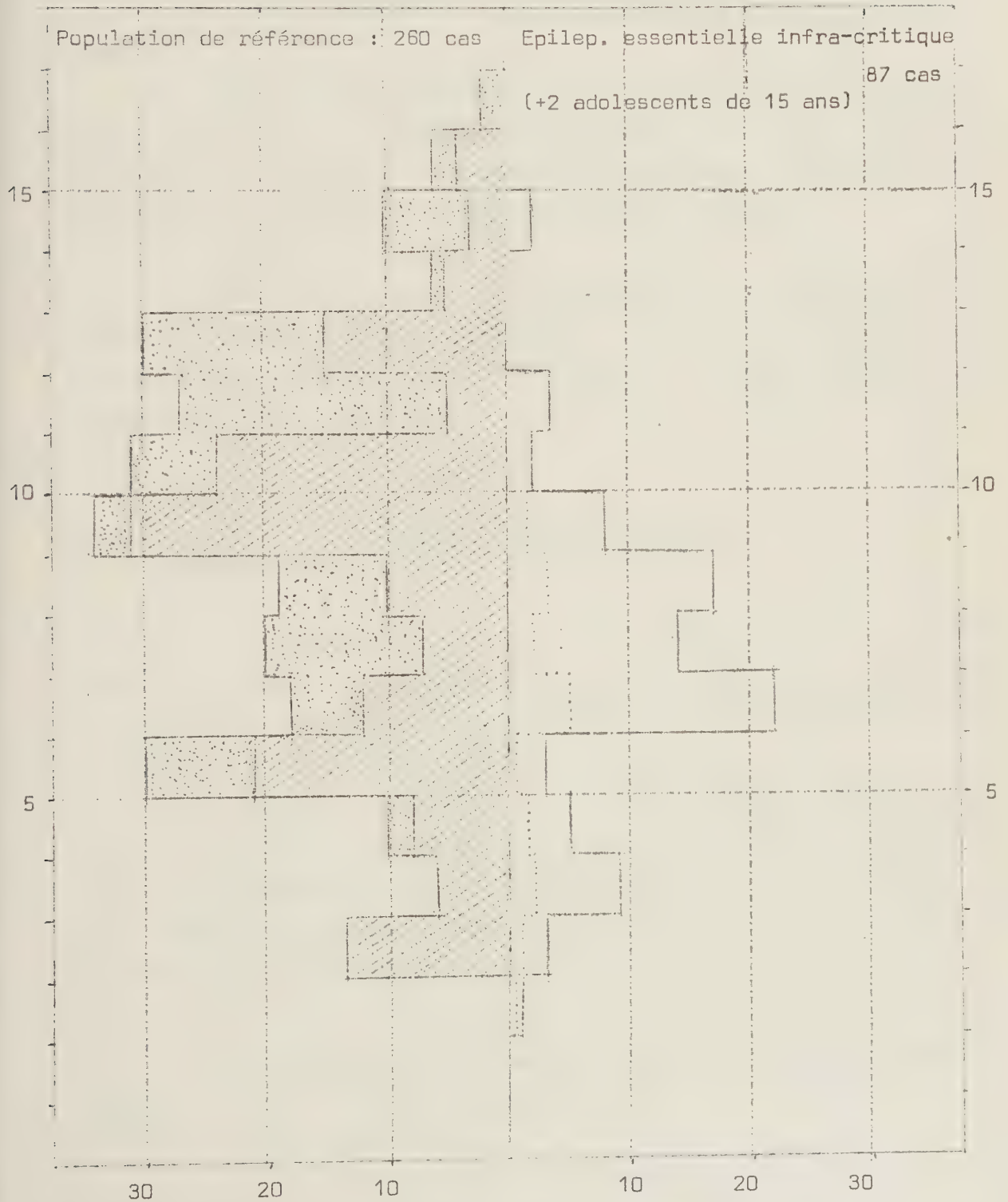
A l'intérieur de cet histogramme entre les limites de 2 à 10 ans, une ligne délimite la partie correspondant à la fraction P_1 de P, c'est-à-dire à la population des cas dépistés au cours d'une année scolaire.

B) - L'histogramme, pour les populations P_1 et P :

L'histogramme est remarquablement analogue pour ces deux populations.

T A B L E A U VI

AGE DES ENFANTS A LA PREMIERE CONSULTATION



La dispersion est relativement faible. La fréquence par âge montre des variations brusques et assez importantes, donnant presque l'impression d'une distribution discontinue.

L'aspect général des deux histogrammes est ramassé et très accidenté.

Sous réserve de vérifications, nous pensons que cet aspect est en rapport avec le caractère intense, massif, sans nuance, de tous les phénomènes relevant de l'épilepsie infra-critique, caractère qui apparaît déjà nettement dans les premiers travaux de LAROCHE.

Dans la population de référence Pr_1 , la distribution est beaucoup plus dispersée, entre les limites de 3 et 17 ans. Les variations sont plus importantes mais plus progressives, et l'aspect général de l'histogramme est moins accidenté.

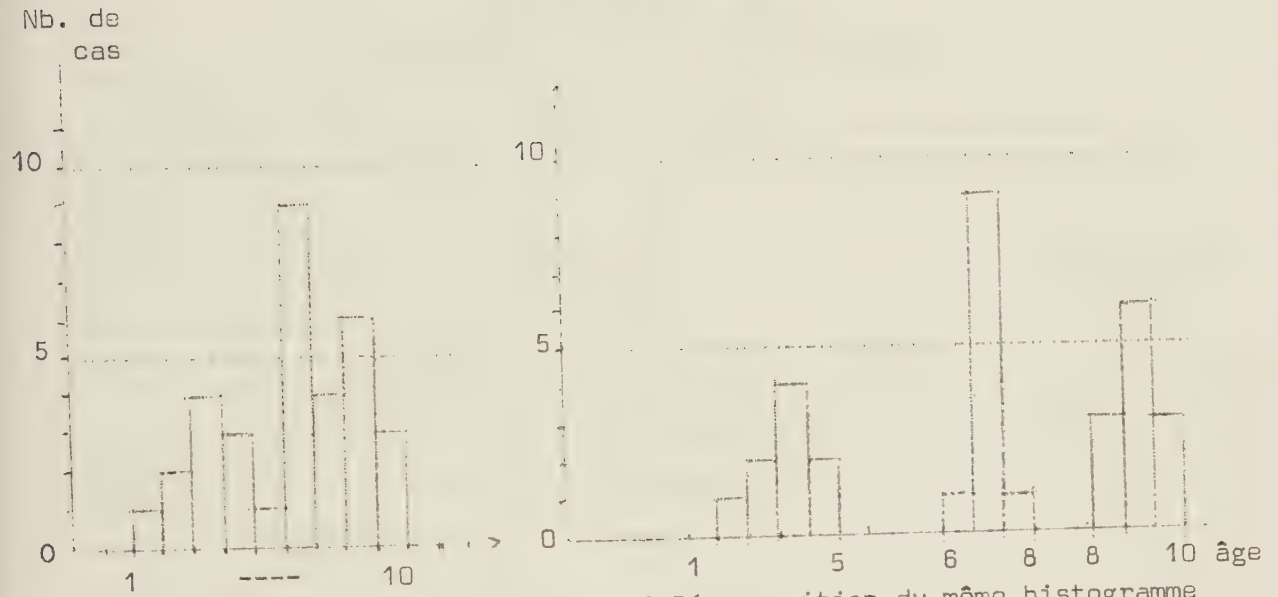
C) - Caractères de la distribution, pour P_1 et P :

L'histogramme de P_1 montre trois sommets, à 4 ans, 7 ans et 9 ans (Cf. tableau 7, fig. I Page 104). Son aspect suggère une distribution trimodale simple, autour de ces trois âges. La Fig. 2 montre qu'il peut être décomposé selon cette hypothèse.

Nous avons cherché si le mode de distribution était analogue, dans la population P. La Fig. 3 montre que l'histogramme pour P peut également être décomposé d'une manière qui correspond à une distribution trimodale simple, de fréquence et de dispersion proportionnelles à celle de P_1 , autour des mêmes âges de 4, 7 et 9 ans.

L'hypothèse d'une telle distribution peut donc être maintenue.

T A B L E A U V I I



1-Histogramme pour N = 33 cas

2-Décomposition du même histogramme
(hypothèse : distribution régulière
à 3 variables)

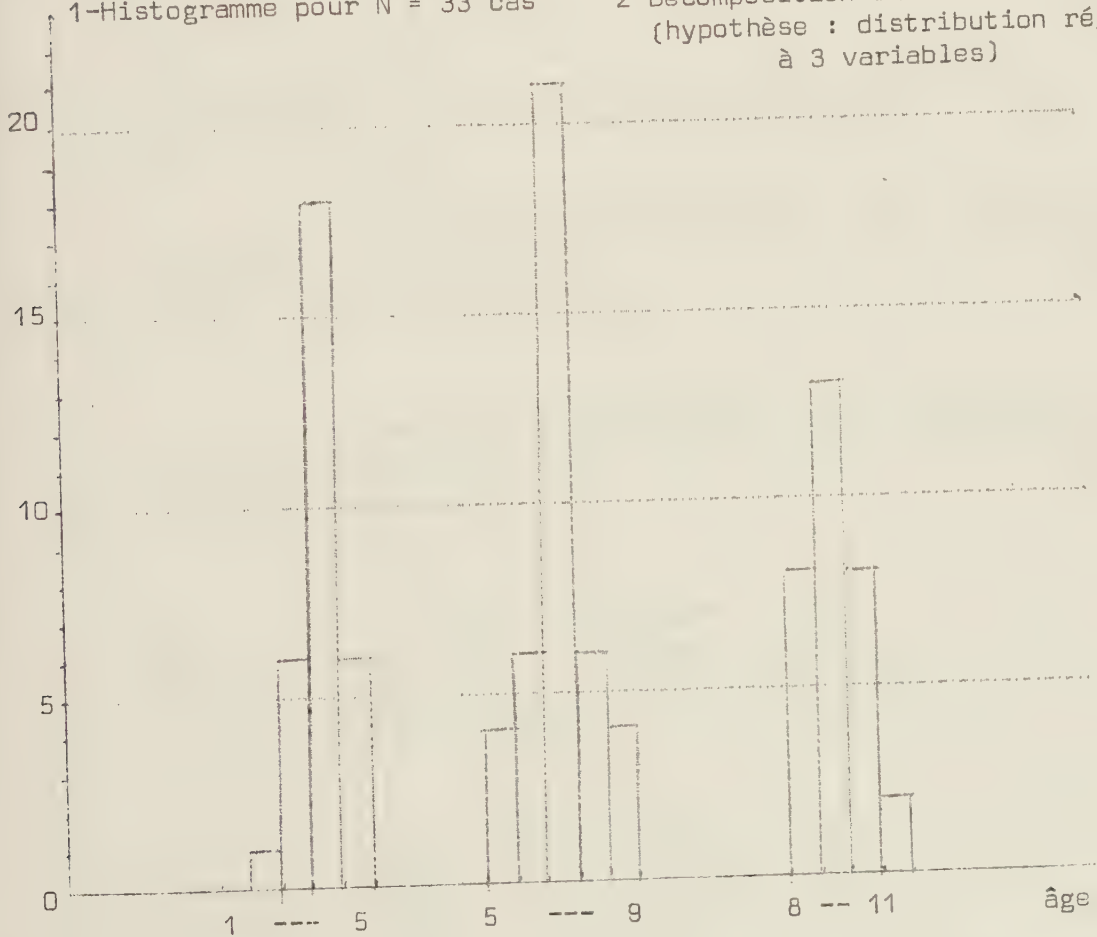


Fig.III - Application à la population : N = 87 cas

D) - Comparaison avec la population de référence Pr_1 :

Outre son aspect général moins dense et moins accidenté, l'histogramme, pour Pr_1 montre une distribution très différente. S'il présente également trois accidents, ceux-ci ne peuvent être rapprochés des précédents ni par leur date d'apparition, ni par leur durée. On trouve en effet les deux premiers accidents à 3 et 6 ans, quand au quatrième, il s'étale sur les 10^e, 11^e et 13^e années, et son importance est telle qu'il intéresse près de la moitié de la population.

D'autre part, cet histogramme ne se prête à aucune réduction en distribution plus simple. Précisons qu'il en est de même, comme nous le verrons plus loin, pour les deux classes d'enfants représentés dans cette population.

E) - Nous pouvons conclure de cette première comparaison que :

1) - l'histogramme de répartition des consultations initiales pour chaque âge montre, dans la population P_1 une distribution qui n'est pas retrouvée dans la population de référence.

2) - Cette distribution semble caractéristique de l'épilepsie infra-critique puisqu'on la retrouve, presque identique, dans la population P des 87 cas.

3) - Les histogrammes pour P_1 et P montrent que les enfants appartenant à ces populations traversent trois périodes difficiles, provoquant une demande d'intervention médicale qui se situe électivement à 4, 7 et 9 ans.

La distribution régulière autour de ces trois âges suggère que les enfants présentant une épilepsie infra-critique rencontrent vers 4, 7 et 9 ans, des difficultés qui leur sont spécifiques,

au moins de par leur organisation et leur chronologie d'apparition.

POPULATION DE REFERENCE ET POPULATION NORMALE :

Nous avons défini précédemment notre population de référence Pr_1 , d'effectif Nr_1 . La population normale Pn sera une population d'effectif :

$$Nn = Nr_1 + N_1 = 260 + \frac{33}{2}$$

La différence d'effectif est inférieure à 6%, et les histogrammes ne sont pratiquement pas modifiés par la réintégration dans le groupe, des sujets atteints d'épilepsie infra-critique.

Nous avons vu que la fréquence des cas d'épilepsie maladie était de 3 pour 560, c'est-à-dire de 5,4 pour 1.000, soit la fréquence présumée dans la population générale.

Ce rapprochement ne nous autorise en rien à considérer que notre population ressemble à une population générale. Nous ne pouvons le considérer que comme une particularité, tant que nous ne disposerons pas d'informations nouvelles.

En d'autres termes, il ne nous est possible, pour le moment, de procéder à des comparaisons, qu'entre échantillons extraits de cette même population.

REPARTITION SELON LE SEXE :

L'épilepsie maladie est-elle plus fréquente chez la femme que chez l'homme ? Le problème a été, et reste si controversé que nombre d'auteurs préfèrent s'abstenir de le mentionner.

Du temps d'ESQUIROL ou de CALMEIL, on pensait que l'épilepsie frappait deux fois plus de femmes que d'hommes.

Il s'agissait cependant d'une simple impression clinique fondée, comme nous l'avons déjà dit, sur une certaine confusion avec l'hystérie.

Cette impression reposait d'autre part, sur la comparaison du nombre de femmes placées à l'Hospice de La Salpêtrière (307) avec le nombre d'hommes placés dans les mêmes conditions à Bicêtre (170). Mais cette comparaison nous paraît faussée par divers facteurs.

- La tendance au regroupement de toutes les femmes épileptiques à La Salpêtrière, alors qu'une partie seulement des hommes était envoyée à Bicêtre.
- Une tendance de la clientèle féminine, à demander plus volontiers leur admission à La Salpêtrière, cet hospice était, à l'époque, situé en bordure même de Paris, alors que celui de Bicêtre était beaucoup plus éloigné.
- Et comme l'a très justement remarqué GELINEAU, une répugnance beaucoup plus grande des hommes à entrer en hospice, tant qu'ils restaient capables de travailler suffisamment pour subvenir à leurs besoins.

Considérant ce problème GELINEAU rappelle d'abord qu'il n'existe aucun procédé pour recenser les femmes épileptiques, alors que les procès-verbaux de Conseil de Révision permettent d'évaluer la proportion

d'épileptiques chez les hommes de 20 ans. Malgré celà, il se déclare, quant à lui :

" porté à croire qu'il y a autant, sinon plus, d'épileptiques chez les hommes que chez les femmes ".

Il fonde son opinion :

- Sur la sous-estimation introduite dans les statistiques militaires, par les épileptiques eux-mêmes :

" poussés par la honte ou le désir de cacher leur maladie, à ne pas se déclarer tels, quand ils passent le Conseil de Révision (1).

- Sur la sous-estimation résultant de compte-rendus sur le recrutement, qui ne fait pas état des cas de réforme, pour épilepsie constatée après l'incorporation.

- Sur l'importance de l'alcoolisme masculin, qu'il considère comme une des grandes causes de l'épilepsie.

- Sur l'impression clinique, résultant de son expérience de médecin, ayant exercé la médecine omnipraticienne à la campagne pendant 21 ans.

(1) - La situation est bien différente actuellement, en partie à cause de l'évolution de certains critères éthiques. On apprécie les qualités d'initiative, de sang-froid et d'habileté de celui qui "se débrouille" pour échapper aux obligations militaires. D'autre part, l'objection de conscience a été reconnue comme un choix souvent périlleux, témoignant de la haute valeur morale de l'homme, qui préfère aliéner sa liberté plutôt que d'attenter à la vie d'autrui. Certains considérant, à juste titre sans doute, que tout moyen est bon pour respecter le quatrième commandement, préfèrent la réforme, moins dangereuse que l'objection de conscience en temps de Paix.

Si les deux premiers arguments de GELINEAU sont de valeur, le troisième nous paraît de peu de poids ; l'alcoolisme n'étant pas générateur d'une épilepsie essentielle, qu'il a seulement pouvoir de démasquer.

Quant à la valeur statistique de ses souvenirs de pratique rurale, GELINEAU nous décrit ses méthodes :

" Ainsi que je le disais, j'ai longtemps exercé à la campagne sur un terrain favorable à la statistique, où le médecin connaît tout le monde, suit de près toutes les familles, où elles n'ont rien de caché pour lui ; eh bien ! je me souviens à merveille que, dans chaque commune de 800 à 1.000 habitants, il y avait 1 ou 2 épileptiques avérés et notoirement connus ".

Au cours de ces dernières années, nous avons acquis une certaine expérience personnelle, à l'occasion des consultations de psychiatrie infantile, que nous assurons dans le cadre des services d'hygiène et de prophylaxie mentale. Nous n'avons malheureusement pas quantifié cette expérience, mais nous avons le sentiment d'avoir examiné nettement plus de garçons que de filles.

Notre impression est vérifiée par une statistique de LAROCHE, arrêtée à 6.000 personnes examinées au cours de dix années de pratique dans un centre médico-social municipal de la banlieue parisienne. LAROCHE distingue :

A) - Les consultations initiales : c'est-à-dire celles au cours desquelles le spécialiste pose le diagnostic d'épilepsie, chez un enfant n'ayant présenté jusque là aucune manifestation paroxystique, ou ayant présenté des troubles dont la nature n'avait pas été identifiée.

Cette consultation comporte un examen physique soigneux, un examen neurologique, et implique la demande des examens complémentaires (biologiques, psychologiques, électro-encéphalographiques) qui

vont aider à faire le point de la situation, et permettront de dépister certaines épilepsies symptomatiques, justiciables d'un traitement étiologique.

Le sujet n'est revu que pendant le temps nécessaire pour s'assurer que le traitement prescrit est efficace, bien toléré et correctement équilibré. Il est ensuite adressé à son médecin habituel, qui assurera sa surveillance. Dans le cas favorable, il ne sera jamais revu à la consultation.

Sur ses 6.000 cas, LAROCHE a diagnostiqué 37 épileptiques, dont 8 chez des sujets de plus de 19 ans.

1° - Les 29 cas d'épilepsie infantile et juvénile se répartissaient ainsi :

Garçons : 15 cas

Filles : 14 cas

soit exactement le rapport de 51 garçons à 49 filles pour 100 naissances, proportion trouvée dans la moyenne des tranches d'âge correspondantes de la population générale.

LAROCHE ne constate donc ici aucune différence de répartition de l'épilepsie en fonction du sexe.

2° - Chez les sujets âgés de plus de 19 ans la répartition est de 4 hommes pour 4 femmes.

Mais le nombre de cas est trop faible pour que cette absence de différence soit significative.

Par contre, LAROCHE fait les remarques suivantes :

- sur cent sujets qui viennent consulter pour des "malaises" avec "perte de connaissance", on compte environ 1 homme pour

2 femmes.

- Dans la plupart des cas, il s'agit de troubles phobiques, ou de "lipothymie".
- Cependant, parmi les sujets chez qui une épilepsie fut diagnostiquée :
 - 3 hommes sur 4
 - et 1 femme seulement sur 4avaient consulté pour des pertes de connaissance.

Dans les quatre autres cas l'épilepsie ne fut découverte qu'au terme d'un examen méticuleux : ces malades ne se plaignaient pas de leurs troubles paroxystiques, dont ils connaissaient pourtant l'existence ; ils évitaient au contraire d'en parler, les minimisant systématiquement, beaucoup moins par honte, que par l'effet d'une panique intérieure.

En d'autres termes :

- Un homme pour deux femmes, consulte pour des "pertes de connaissance" qui sont, la plupart du temps, des troubles phobiques ou des malaises "lipothymiques". Quand, exceptionnellement, on découvre une épilepsie, les phénomènes critiques constituaient trois fois sur quatre, le motif de la consultation.
- Au contraire, deux femmes pour un homme consultent pour des "pertes de connaissance" qui sont également la plupart du temps, des troubles phobiques ou des malaises "lipothymiques". Quand, exceptionnellement, on découvre une épilepsie, les phénomènes critiques ne constituaient le motif de la consultation que dans un cas sur quatre.

Il n'est pas question, pour LAROCHE (pas plus que pour nous-même) de faire planer sur les femmes, le soupçon d'une tendance à dissimuler, trois fois plus grande que chez les hommes ! LAROCHE rapporte cette différence :

- d'une part, à une difficulté, très générale chez les femmes, à dire ou à montrer ce qu'elles ressentent (difficulté dont il donne une explication assez convaincante, mais qui sort du cadre de notre recherche) ;
- d'autre part, à une angoisse beaucoup plus grande devant la possibilité d'une épilepsie, qui fait partie, selon LAROCHE, de cette crainte permanente qu'ont la quasi-totalité des femmes, d'être porteuses d'une "tare" ou d'une "anomalie".

"S'il est vrai, écrit LAROCHE, "que certains hommes dissimulent une épilepsie dont ils connaissent parfaitement l'existence, mais dont ils n'ont quelquefois que le pressentiment intime, à peine tempéré de doute, les femmes réagissent tout autrement. Contrairement à ce que d'aucuns pensent, ce n'est pas aux autres que les femmes taisent leur maladie : c'est à elles-mêmes. Et si elles manifestent de la honte, c'est surtout vis-à-vis d'elles-mêmes et non devant autrui".

Nous voici loin des remarques de GELINEAU. Mais ce comportement si singulier, tellement plus habituel chez la femme que chez l'homme, à quoi l'attribuer ?

Faut-il invoquer l'argument des naturistes rapporté par FERE : "Que dans les espèces animales, la dégénération commence par les femelles ".

ou bien le rattacher à l'opinion de Jean-Jacques ROUSSEAU soutenant, comme le rappelle aussi FERE, que la femme n'est jamais qu'un grand enfant.

Pour notre part nous ne le pensons pas. Et de toute façon, comme chacun sait (ou du moins le sait maintenant) les crises d'épilepsie sont, chez le Grand Enfant plus rares que chez n'importe qui.

B) - Les épileptiques connus, mais dont le traitement est mal équilibré :

Les proportions sont très différentes : 109 cas sur 6.000 patients, soit environ trois fois plus d'épileptiques à "équilibrer" que de cas à dépister :

1° - La répartition des cas est la suivante :

- Sujets âgés de moins de 19 ans = 96 dont (	(Garçons	70, soit 73 %
	(Filles	26, soit 27 %
- Sujets âgés de 19 ans et plus = 13 dont (	(Hommes	8
	(Femmes	5

Le tableau 8 montre la fréquence des consultations en fonction de l'âge auquel elles ont été demandées.

La figure 1 concerne les sujets âgés de moins de 19 ans, c'est un histogramme de fréquence, qui permet d'étudier la distribution en fonction du sexe : garçons sur la partie gauche de la figure, filles sur la partie droite.

La figure 2 est un graphique simple, permettant de comparer la distribution des consultations demandées par des adultes.

T A B L E A U V I I I

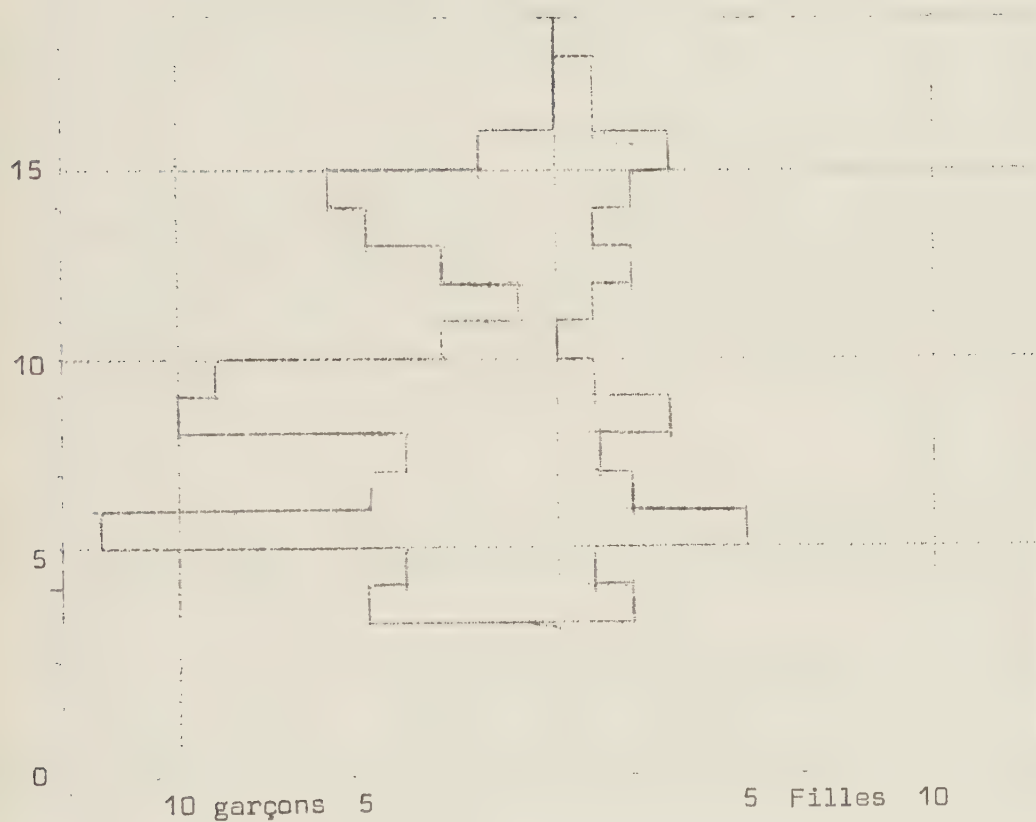


Fig. I - Sujets de moins de 19 ans

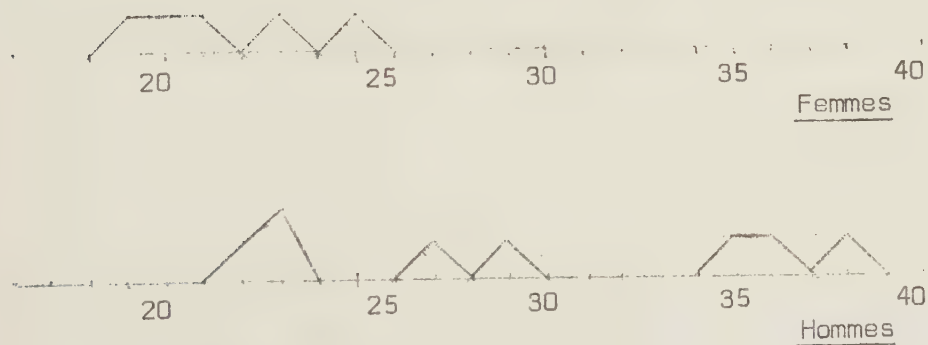


Fig. II - Sujets de plus de 19 ans

2° - Sujets âgés de moins de 19 ans :

La première partie de l'histogramme, jusqu'à 8 ans inclusivement, montre une distribution qui paraît analogue pour les garçons et pour les filles, aux proportions près ; à partir de 9 ans, la distribution est manifestement distincte.

La recherche des motifs de consultation et l'étude clinique des cas permettent de comprendre qu'il existe, d'une population à l'autre, des différences profondes qui ne nous paraissent pas directement liées au sexe, mais à des exigences de l'entourage qui sont différentes selon le sexe.

Les critères sur lesquels l'entourage fonde son sentiment d'efficacité du traitement sont, par ordre d'importance :

- comportement tolérable en famille,
- comportement tolérable à l'école,
- aptitude à la scolarisation,
- et bien après, contrôle effectif de la comitialité.

Combien d'enfants voyons-nous (1) qui sont atteints de petit mal, et qui ont des salves d'absence subintrante pendant des années, avant que la famille les amène en consultation !.

Ces critères sont normalement appliqués aux garçons. Aussi l'histogramme montre-t-il, pour les garçons, une distribution intermédiaire entre celle de l'épilepsie infra-critique et celle de la population

(1) - En réalité, très peu, statistiquement, mais l'énormité de la chose inscrit en notre mémoire un souvenir qui apparaît quantitativement grossi.

de référence (difficultés scolaires, troubles du caractère et troubles du comportement).

Par contre, en ce qui concerne les filles, l'attitude familiale est différente, et seul le critère : "comportement tolérable en famille" a une importance véritable. S'agissant de la scolarité des filles, les exigences des parents sont proportionnelles aux résultats de l'enfant, c'est-à-dire qu'elles sont grandes pour une enfant scolairement douée, nulles pour une enfant qui ne réussit pas. Dans ce cas, l'avis prépondérant est celui de la mère, qui valorise certaines qualités : la fillette est gentille à la maison, sage, soigneuse, ne fait pas de bruit, aide aux tâches ménagères et elle est si raisonnable quand les autres ne viennent pas la taquiner. Vis-à-vis de ces qualités, l'instabilité, l'indiscipline et l'échec à l'école n'ont aucune importance, surtout si la mère reste au foyer, et trouve, sans s'en rendre compte, de grandes satisfactions personnelles à garder à la maison cette enfant, qui lui tient compagnie et qui de plus, se montre en effet très facile lorsqu'elle est seule. Ce sont alors l'école, la maîtresse, les camarades qui sont la cause de tous ces maux : on en protégera l'enfant en la gardant à la maison. Si elle n'a pas fait d'études, elle fera sa situation en se mariant. Si elle a des absences, voire des crises, cela s'arrangera "quand elle sera formée" (ce qui est vrai d'ailleurs).

Aussi voyons-nous en consultation bien peu de filles, mais qui, presque toujours, présentent des troubles graves. D'ailleurs bien qu'elles consultent trois fois plus souvent pour les garçons, les familles demandent, pour garçons et filles, sensiblement le même nombre de placements en I.M.P.

3° - Sujets âgés de plus de 19 ans :

Là aussi, nous trouvons des différences fondamentales entre les deux sexes.

Chez les hommes, la dispersion d'âge est très grande. Tous ont consulté pour des crises ou des absences (après s'être assurés de la discrétion du médecin, vis-à-vis des employeurs). Tous toléraient bien leur épilepsie, mais craignaient d'avoir un accident ou de provoquer un accident à l'occasion d'une crise.

Citons, parmi les consultants, un militaire qui est devenu depuis Officier Général, un couvreur, deux chauffeurs routiers, un visiteur médical. Seul ce dernier a continué à avoir des absences ; il a eu plusieurs accidents d'automobile toutefois sans jamais entrer en collision avec un autre véhicule.

Quant aux cinq femmes, toutes ont consulté avant 30 ans, toutes sous la pression de leur entourage, et toutes pour des idées de suicide, ou après une ou plusieurs tentatives de suicide.

ETUDE DE NOTRE POPULATION :

Nous avons tout d'abord cherché si notre population vérifiait les premières descriptions de LAROCHE. Pour cela, nous avons repris ses 34 rubriques, et fait un premier dépouillement de nos dossiers, en suivant la même méthode : inventaires individuels et établissement du profil.

Nous vous dressé le profil des populations P_1 et P qui sont reproduites au tableau 9.

Il est facile de voir l'étroite parenté de ces deux profils, aussi évidente que celle des histogrammes des consultations initiales par tranche d'âge.

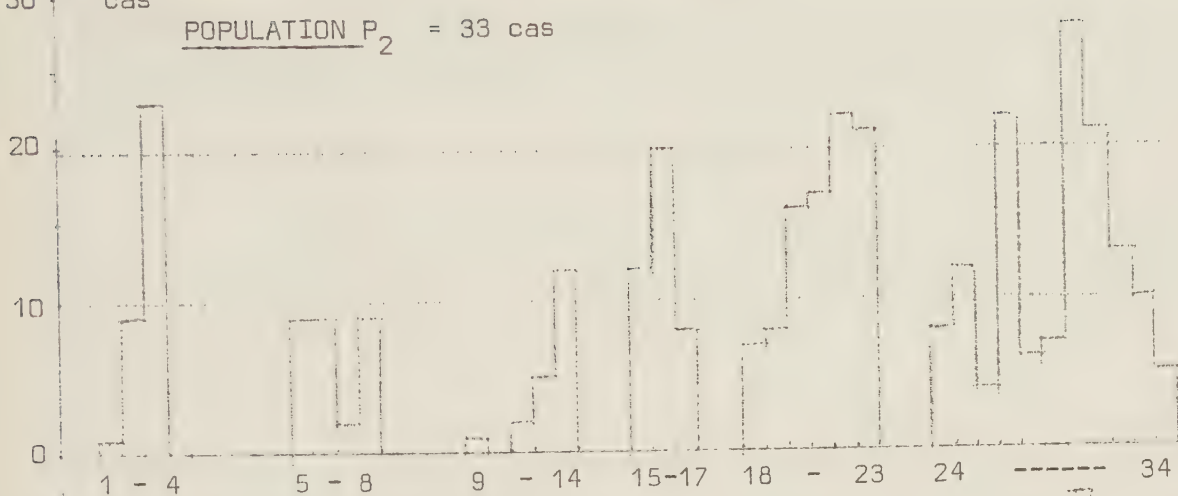
L'échantillon P_1 , des cas vus au cours d'une année scolaire, montre une corrélation étroite avec la population P de nos 87 cas.

Donc, de plus en plus, les cas d'épilepsies infra-critiques

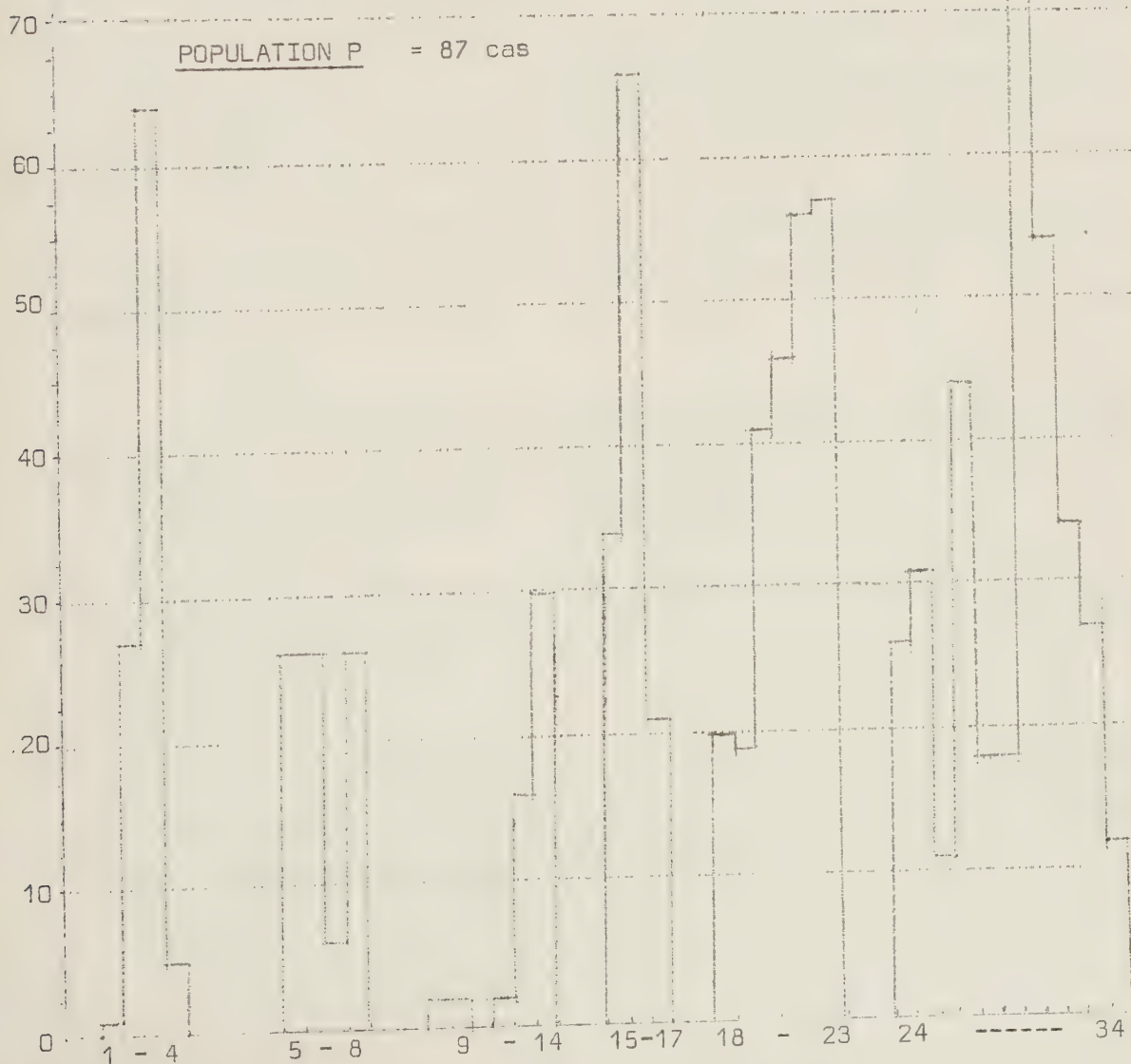
T A B L E A U IX

Nb. de
cas

POPULATION P₂ = 33 cas



POPULATION P = 87 cas



paraissent avoir entre eux, tant du point de vue de l'organisation que de l'évolution psychologique, des caractères communs qui leur sont spécifiques.

Afin de préciser la place qu'occupent nos 87 cas par rapport aux premiers cas décrits par LAROCHE, nous avons établi le tableau 10 qui donne, pour chacune des 34 rubriques, les notes homogénéisées des populations suivantes :

- (E) : les 11 premiers cas d'épilepsie infra-critique essentielle de LAROCHE.
- (F) : ses 11 premiers cas d'épilepsie infra-critique focalisée.
- (ExF) les 13 premiers cas d'épilepsie infra-critique, essentielle et focalisée, extraits des 600 cas de consultants de la SALPETRIERE.
- (P) : nos 87 cas.

Dans la dernière colonne sont portées par ordre de valeur numérique croissante, les places respectives occupées par ces quatre populations.

Normalement, dans ce tableau, nous devons toujours trouver le mélange (ExF) entre (E) et (F). Si nous le trouvons en dehors c'est qu'un des termes au moins de l'inégalité est inexact.

Pour autant que les descriptions de LAROCHE soient exactes, nous devrions trouver (P) à proximité de (E), en dehors ou à l'intérieur de l'intervalle (E) - (F).

Cependant (P) occupera une position ectopique chaque fois que notre population présentera une qualité particulière, la différenciant des populations étudiées par LAROCHE.

T A B L E A U X

POPULATION	E	F	EF	P	SITUATION RESPECTIVE
COEFFICIENT d'HOMOGENEISATION	x 8	x 4	x 6,7	x 1	
RUBRIQUE					
1 - Avant 3 ans	0	12	7	1	E < P < EF < F
2 - Entre 3 et 6 ans	0	20	13	17	E < EF < P < F
3 - Entre 6 et 10 ans	88	52	67	64	F < P < EF < E
4 - Après 10 ans	0	0	0	5	E < EF < F < P
5 - Trauma obstétrical	16	40	33	26	E < P < EF < F
6 - Convulsions	8	48	40	26	E < P < EF < F
7 - Retard psycho-moteur	16	44	40	6	P < E < EF < F
8 - Encéphalite	0	12	20	26	E < F < EF < P
9 - Tics	0	0	0	2	E = EF = F < P
10 - Terreurs nocturnes	0	0	0	2	E = EF = F < P
11 - Tr. d'allures névrotiques	0	0	0	0	E = EF = F = P
12 - Enurésie	0	12	7	2	E < P < EF < F
13 - Troubles du comportement	32	20	20	16	P < F = EF < E
14 - Colères	72	68	60	30	P < EF < F < E
15 - QI < 90	24	48	47	34	E < P < EF < F
16 - Retard scolaire > 2 ans	72	48	60	66	F < EF < P < E
17 - Débilité motrice	0	68	47	21	E < P < EF < F
18 - Impulsivité	8	20	20	20	E < EF = F = P
19 - Opposition	8	32	27	19	E < P < EF < F
20 - Emotivité	48	32	34	41	F < EF < P < E
21 - Instabilité	16	48	40	46	E < EF < P < F
22 - Agressivité	72	64	67	56	P < F < EF < E
23 - Jalousie	80	76	67	57	P < EF < F < E
24 - Tics	24	0	7	26	F < EF < E < P
25 - Terreurs nocturnes	32	24	20	31	EF < F < P < E
26 - Enurésie	0	36	20	11	E < P < EF < F
27 - Mensonges	48	44	47	44	F = P < EF < E
28 - Fabulation	0	44	34	18	E < P < EF < F
29 - Menaces de suicides	0	40	34	18	E < P < EF < F
30 - Colère	88	72	74	72	F = P < EF < E
31 - Violences	88	56	67	54	P < F < EF < E
32 - Vols	40	32	34	34	F < EF = P < E
33 - Fugues	24	4	7	27	F < EF < E < P
34 - Tentatives de suicide	24	28	27	12	P < E < EF < F

- E - les 11 premiers cas d'épilepsies infra-critiques essentielles de LAROCHE.
F - ses 21 premiers cas d'épilepsies infra-critiques focalisées.
EF - ses 13 premiers cas d'épilepsies infra-critiques, extraits des 600 consultants hospitalisés, et composés des formes essentielles et focalisées dans la proportion de 1 pour 4.
P - notre population de 87 cas.

Reprenons maintenant chaque rubrique de notre tableau :

AGE d'APPARITION DES TROUBLES :

Nous relevons pour P :

- 1 cas avant 3 ans, soit 1,1%
- 17 cas à 3,4 et 5 ans, soit 19,5%
- 64 cas entre 6 et 10 ans, soit 73,5%
- et 5 cas après 10 ans, soit 5,7%

Dans 73,5% de nos cas, les troubles apparaissent entre 6 et 10 ans. Nous pouvons en conclure :

- que cette distribution est très voisine de celle que LAROCHE a indiquée pour la forme essentielle de l'épilepsie infra-critique (dans la forme focalisée, la dispersion est plus grande, et 62% des cas seulement montrent un début clinique entre 6 et 10 ans) ;

- qu'il existe néanmoins une faible dispersion, portant surtout sur la classe d'âge 3-5 ans.

Ceci suggère quatre hypothèses explicatives :

- a) notre population, beaucoup plus importante, montre des nuances qui avaient échappées à LAROCHE.
- b) nos cas sont extraits d'une population dont le niveau moyen d'information est élevé, et où les parents remarquent plus tôt des troubles encore discrets.
- c) cette population est faite d'enfants dont les troubles n'ont pas l'intensité extrême de ceux vus à l'hôpital.

d) malgré nos critères très stricts de sélection notre population est composite et comprend un certain nombre de cas d'épilepsie focalisée.

Nous pensons que les trois premières hypothèses jouent simultanément. Quant à la quatrième, nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

ANAMNESE :

- 1° - La notion d'un traumatisme obstétrical existe dans 26 cas, soit environ 30%. Cette proportion place (P) assez près de (E), dans l'intervalle (E) - (F).
- 2° - Les antécédents convulsifs sont retrouvés avec la même fréquence, ce qui place (P) un peu moins près de (E) mais toujours entre (E) et (F).

Il y a lieu de retenir cette fréquence de 30% car elle est très diversement appréciée dans la littérature en ce qui concerne l'épilepsie maladie. Ainsi dans l'anamnèse des épileptiques, les convulsions sont retrouvées par :

- HEUYER et DUBLINEAU dans 61% des cas.
- FERE dans 33%.
- MARCHAND et AJURIAGUERRA dans 24%.
- MOREAU de TOURS dans 17%.

et R. LAPLANE montre que 17% environ des convulsions hyperthermiques observées par lui évoluaient vers une épilepsie.

- 3° - Par contre, le retard du développement psycho-moteur est étonnamment rare dans nos cas, 7%, ce qui situe notre population très en deçà de la forme essentielle de LAROCHE (18%) et encore plus de la forme focalisée (52%).

Nous devons envisager d'abord l'éventualité d'une erreur. Elle est très invraisemblable en ce qui concerne nos cas ; les questionnaires anamnestiques ayant été remplis par une même personne compétente, ayant une pratique de plusieurs années et de plus ayant reçu des informations et instructions particulières en vue de cette enquête.

Elle est également très peu probable pour les dossiers hospitaliers ; les questionnaires y ont été remplis par des personnes également compétentes, et dont le nombre (5 ou 6) doit annuler statistiquement les erreurs systématiques.

Il nous reste alors à supposer, que nos cas, tout en se rapprochant de la forme essentielle, s'en distinguent cependant par la rareté des retards du développement psycho-moteur ou des dysharmonies d'évolution, ce qui signifierait que notre population est un échantillon particulier d'une population générale d'enfants très proche de la normalité.

- 4° - Quant aux antécédents "d'ordre méningo encéphalitique" le problème est assez délicat.

D'une part, pour cette rubrique (ExF) est extérieur à l'intervalle (E) - (F), ce qui pourrait invalider nos chiffres de référence : mais l'écart est peu important.

D'autre part, c'est notre population qui présente ici la plus forte proportion d'antécédents : 26 soit 30%. Nous pouvons proposer une explication hypothétique : dans nos cas, les familles sont plus informées,

plus soucieuses, voire plus anxieuses de ce qui pourrait arriver à leurs enfants, que dans une population hospitalière moyenne ; d'autre part, elles appellent plus facilement le médecin ; enfin celui-ci devant un cas sur lequel il "sèche", parle assez souvent d'un "début de méningite" ou d'un "début de toxicose", dont l'évolution s'avère bénigne.

Notre proposition, assez étonnante en soi, pourrait correspondre à ces "début de méningite", à ces "réactions méningées" (assez souvent réelles), aussi bien qu'à des convulsions atypiques, dont on sait combien le diagnostic peut être difficile.

L'hypothèse n'est pas invraisemblable. La question toutefois reste posée pour nous.

MOTIFS DE LA CONSULTATION INITIALE :

- 1 - Les tics, les terreurs nocturnes, l'énurésie sont exceptionnellement en cause (2 cas pour chaque), ce qui est en accord avec la description de LAROCHE.
- 2 - Il en est de même pour les troubles névrotiques, que nous ne relevons dans aucun cas.
- 3 - Les troubles du comportement ne motivent la consultation que 16 fois pour P, et leur fréquence se situe en deçà de l'intervalle (E) - (F), ce qui est logique, notre population présentant des troubles moins graves que la population hospitalière.
- 4 - La fréquence des colères est très élevée dans la population de LAROCHE : 70 à 80% des cas. Il faut noter que (ExF) se trouve en dehors de (E) - (F), mais l'écart est peu sensible

et inférieur à l'erreur relative admissible.

Dans notre population, les colères ne motivent la consultation que 30 fois, soit dans moins de 35% des cas.

On pourrait penser que cette fréquence relativement faible est en rapport avec la moindre gravité des troubles de cette population.

Il n'en est rien, et l'explication n'est pas si simple. D'une part, beaucoup de nos sujets ont la possibilité de contrôler leurs colères : celles-ci éclatent donc beaucoup moins souvent.

Nous allons voir le "d'autre part" au paragraphe suivant :

- 5 - Nous en avons fini avec ces 6 rubriques, et il semble bien, jusqu'ici, que cette étude confirme les hypothèses de LASSO-CHE, à quelques différences près, parfaitement explicables par le caractère peu "pathologique" de notre population.

Il semble bien, mais

En contrôlant, une dernière fois nos chiffres, au moment de rédiger ce travail, nous avons découvert que nous avons laissé passer une très grosse erreur, changeant complètement l'aspect général de notre population : nous avons négligé d'établir pour nos seuls 87 cas, un inventaire récapitulatif spécial des motifs principaux et secondaires ayant provoqué la consultation initiale.

Le problème ne se posait pas pour LAROCHE, les dossiers hospitaliers de consultations ne contenant que les renseignements les plus essentiels, en raison du manque de temps :

- pour chacun de ses 13 premiers cas, un seul motif de consultation,
- pour les 19 suivants, 1 seul motif 13 fois, et 2 motifs 6 fois, ce qui témoigne sans doute de l'intérêt nouveau porté à ces cas.

Il n'en est pas de même avec nos dossiers. Nous nous sommes aperçus que pour nos 87 cas nous avons 220 motifs de consultation, dont :

- 166 motifs principaux, considérés par les parents comme de même importance,
- et 54 motifs secondaires.

c'est-à-dire que :

- 8 fois, il existait 1 motif principal unique,
- 79 fois, il existait 2 motifs principaux, d'importance égale pour l'entourage,
- et 54 fois, d'autres motifs étaient signalés en second plan.

Enfin, nous avons découvert que le total des motifs principaux de consultation, figurant aux tableaux 9 et 10, s'élevait seulement à 52,

c'est-à-dire qu'une faute méthodologique nous avait entraînés à négliger 35 cas, et à dénaturer la présentation de l'ensemble.

Nous avons alors rétabli notre inventaire, tel qu'il figure ici :

	Motifs principaux	Motifs cités comme secondaires	TOTAL
Retard scolaire	59	2	61
Instabilité	45	3	48
Colères simples	16	10	26
Colères avec violence	14	11	25
Violences seules	5	3	8
Troubles du comportement	5	5	10
Médiocrité intellectuelle présumée	7	10	17
Troubles du caractère	8	10	18
Retard du langage	1	0	1
Tics	2	0	2
Terreurs nocturnes	2	0	2
Troubles d'allures névrotiques	0	0	0
Enurésie	2	0	2
TOTAL	166	54	220

Les motifs principaux de consultations que nous avons laissés de côté sont :

- le retard scolaire 59 fois
- l'instabilité 45 fois
- la médiocrité présumée de l'intelligence 7 fois
- des troubles caractériels, des violences, un gros retard du langage 1 fois

c'est-à-dire, parmi les difficultés rencontrées par ces enfants celles qui, tout en étant le moins bruyamment antisociales, témoignent d'une inadaptation actuelle, qui deviendra plus tard un lourd facteur d'inadaptabilité.

Quelles sont les conséquences pratiques de notre erreur ? Elles sont moins graves (une fois rectifiées du moins) que nous n'aurions pu le craindre.

Le profil des motifs de consultation doit être complété de deux rubriques, pour notre population :

- le retard scolaire 35% des cas
- et l'instabilité 27%

Les autres rubriques ne sont pas modifiées, en valeur absolue, mais leur valeur relative prend sa place réelle.

Dans notre population, les gros troubles caractériels ou du comportement ne représentent que 28% des motifs de consultation.

Notre erreur nous aura tout de même été utile : elle nous a montré que malgré les apparences, il n'existait pas de différence essentielle, mais seulement une différence dans les critères de sélection, entre notre population et la population étudiée par LAROCHE. On ne trouve dans cette dernière que les sujets présentant les troubles anti-sociaux les plus graves. Notre population est de même nature, mais elle comprend tous les sujets, les plus nombreux qui n'arriveront pas jusqu'à l'hôpital, parce qu'ils présentent des difficultés d'adaptation moins bruyantes, mais que l'on aurait tort de considérer comme mineures.

L'EXAMEN LORS DE LA CONSULTATION INITIALE montre que :

- 1 - Dans 34 cas, le quotient intellectuel de nos sujets est inférieur à 90, ce qui place notre population un peu plus près de (E) que de (F), entre (E) et (F).

Dans une population normale, 25% des sujets ont un quotient intellectuel inférieur à 90, soit 22 pour 87. Notre population présente donc des problèmes particuliers d'intelligence.

On admet trop facilement, parfois que :

- signes électrographiques d'épilepsie = altérations cérébrales = débilites mentales plus fréquentes.

Le raisonnement est sommaire, et de plus, il n'explique rien.

Nous avons cherché à préciser, qualitativement et quantitativement l'intelligence de nos sujets, en utilisant divers tests et notamment :

- le W.I.S.C., systématiquement, chaque fois que l'âge l'a permis ;
- le Progressive Matrices 1947, etc ...

Chez les sujets présentant une épilepsie infra-critique essentielle, il est souvent très délicat d'évaluer l'intelligence en raison de certaines particularités de la personnalité :

- a) - Une discontinuité essentielle qui s'exprime dans tous les domaines : attention, mémoire, compréhension, action, efficacité, application, émotion, humeur, etc ... Les résultats de ces enfants sont irréguliers, et mêmes incohérents.

b) - La rapidité des réponses, qui sont fournies plus par un mécanisme intuitif et associatif, que par une véritable réflexion.

c) - L'intensité des réactions émotionnelles, avec une intolérance à l'échec, qui peut entraîner un refus de poursuivre l'examen.

d) - La persévération dans un type de réponse ou de raisonnement qui a amené la réussite à certaines épreuves mais n'est plus adéquate aux suivantes.

Ces particularités sont pratiquement constantes chez l'enfant jeune dans la forme essentielle infra-critique. Plus tard, à partir de 6 à 8 ans un essai de contrôle peut apparaître : utilisation de mécanismes obsessionnels, fragmentation des perceptions, etc ...

e) - Un déficit d'expression verbale enfin, qui est essentiellement primaire (et sur lequel se greffe un déficit secondaire à la mauvaise qualité de la scolarisation), et qui ne laisse à l'enfant qu'un stock réduit de mots utilisables pour s'exprimer.

Toutes ces raisons concourent à :

- abaisser les résultats aux épreuves en rapport avec les acquisitions scolaires,
- abaisser les résultats aux épreuves où le facteur verbal est important,
- abaisser, et surtout rendre irréguliers, les résultats aux tests de performances, ou aux épreuves d'intelligence non verbale pure,

ce qui peut rendre indispensable un aménagement de consignes de passation de tests.

Dans notre population de 87 cas, nous pouvons considérer comme suffisamment exacts les résultats psychométriques des 69 enfants âgés de 6 ans et plus.

La répartition des quotients intellectuels est la suivante :

a) Quotient global

entre 65 et 90 = 27 cas
entre 90 et 110 = 30 cas
entre 110 et 130 = 12 cas

La distribution n'est pas symétrique, il existe un net décalage vers la gauche (zône des quotients bas).

b) Quotient verbal

La dyssymétrie est encore plus marquée :

entre 62 et 90 = 29 cas
entre 90 et 110 = 31 cas
entre 110 et 130 = 9 cas

c) Quotient performance (et test d'intelligence non verbal).

Cette fois, la distribution est presque symétrique, avec un léger excédent à droite (quotients élevés) et deux quotients supérieurs à 130 :

entre 65 et 90 = 17 cas, soit entre	(65 et 70 = 2 cas 70 et 80 = 6 cas 80 et 90 = 9 cas
entre 90 et 110 = 30 cas	(110 et 120 = 14 cas
au-dessus de 110 = 22 cas, soit entre	(120 et 130 = 6 cas plus de 130 2 cas

La répartition des quotients performance montre une distribution assez proche de la population générale, avec une intelligence un peu supérieure à la moyenne.

La différence est particulièrement nette pour les enfants qui, au quotient global, avaient une intelligence médiocre ou à la limite de

la débilité, et se retrouvent dans la tranche d'intelligence normale moyenne. Ceci est évidemment très important du point de vue pronostique.

- 2 - Pour le retard scolaire, notre population se situe très près de (E) entre (E) - (F)

C'est dans la population des épilepsies infra-critiques focalisées, que le retard scolaire est le moins important, bien que ce soit chez ces sujets que le niveau intellectuel est le moins bon.

Dans notre population, sur les 69 enfants scolarisés, 66 ont un retard scolaire d'au moins un an, souvent deux.

Ceci doit être rapproché des conclusions de Nina RAUSCH, qui distingue au test de Rorschach un type de protocole à productivité réduite, temps de réaction allongé et type de résonance intime coarté, avec pensée rigide mais plus cohérente et adaptée chez des sujets lents, mais capables d'utiliser plus efficacement leur intelligence.

- 3 - Quant au niveau moteur, il est bon dans 76% des cas. Ceci confirme le caractère essentiel, non lésionnel de l'épilepsie infra-critique de nos sujets, dont 1/4 seulement présente des difficultés banales, proportion habituelle lorsqu'il existe une mauvaise latéralisation : syncinésies toniques et cinétiques, axio-appendiculaires en particulier, et notamment oro-cheirales.

TROUBLES DU CARACTERE

Bien que la distinction soit arbitraire entre troubles du caractère et du comportement, nous la suivrons pour achever notre comparaison.

- 1) - Nous trouvons l'impulsivité dans 23% de nos cas, au même rang que dans la population (F) et (E x F), c'est-à-dire trois fois plus souvent que dans la forme essentielle décrite par LAROCHE.

Mais il faut remarquer que dans notre population, l'impulsivité, fréquente chez les enfants jeunes, décroît très rapidement avec l'âge dès 5 ans, pour atteindre le taux de 10% environ, c'est-à-dire celui de (E).

Comme les colères, l'impulsivité est bloquée dès qu'il existe une possibilité de contrôle. Aussi est-elle significativement moins fréquente que dans la population générale, à partir de 7 à 8 ans.

- 2) - L'opposition n'est pas un caractère très spécifique de l'épilepsie infra-critique. Sa fréquence dans notre population la situe un peu plus près de (E) que de (F) entre (E) et (F), elle tend à évoluer dans le même sens que l'impulsivité, mais de façon moins marquée.
- 3) - Une émotivité importante est signalée dans la moitié de nos cas. Elle vient immédiatement avant (E), entre (F) et (E).

Là aussi nous devons faire la même remarque que pour les colères ou l'impulsivité : l'émotivité apparente (c'est-à-dire en fait les manifestations d'émotion) décroît avec l'âge.

Mais un examen clinique moins superficiel montre que dans tous les cas d'épilepsie infra-critique essentielle, il existe une hyperémotivité explosive, nettement plus importante que dans les formes focalisées. Cette hyperémotivité est contrôlée autant que faire se peut, et moins elle s'exprime, plus elle croît, demandant au sujet une dépense d'énergie démesurée pour parvenir à la réprimer.

- 4) - L'agressivité et la jalousie ont, dans notre population, des taux moins élevés que dans les populations de LAROCHE, et se situent en deçà de l'intervalle (F) (-E).

Cette notion de moindre fréquence est cependant fort relative, les deux signes étant également présents dans la proportion plus qu'honnête de 65% des cas.

Les remarques que nous avons faites au sujet de l'impulsivité et de l'émotivité, s'appliquent aussi bien sinon plus, à la jalousie et à l'agressivité.

On pourra s'étonner que des signes aussi fréquemment rencontrés soient, si rarement, le motif principal de la consultation initiale (10% des cas environ).

- a) - Pour l'agressivité, il nous faut d'abord préciser le sens exact des mots :

- est agressive une personne "portée à attaques"
"blessante"
- est combattive une personne "portée à la lutte".

Ces deux termes désignent des qualités différentes, qu'il ne faut pas confondre.

- l'agressivité appartient à ceux qui ont peur, qui sont aigris, qui sont jaloux : elle implique un état de mal accepté, une rancune, une envie de vengeance excessive ;
- la combativité est au contraire une qualité d'homme que la compétition n'effraie pas.

On ne peut rencontrer la combativité dans l'épilepsie infra-critique. On y rencontre encore moins l'agressivité, cette disposition étant pour ces sujets, peu compatible avec leur manière instantanée de vivre leur émotion. Nous pensons que le terme "d'irritabilité agressive" désigne exactement leur mode

de réaction vis-à-vis de ce qui est, ou peut être désagréable.

Cette irritabilité agressive, si facilement provoquée et entretenue, rend très précaire toutes les relations inter-personnelles. C'est pourquoi elle est si violemment soutenue, dès que la situation a une quelconque importance. Par contre, pour économiser son énergie, et se délivrer, au moins en partie, le sujet la laisse fuser, chaque fois qu'elle n'est dangereuse ni par son intensité, ni par son objet.

C'est pourquoi les parents la remarquent, mais la considèrent comme très secondaire, puisqu'à leurs yeux, elle apparaît dans des situations de médiocre importance. En outre elle est toujours liée à la présence d'autres enfants qui viennent "énerver" le sujet.

b) - Il en est de même pour la jalousie dont il faut également préciser la nature. Comme LAROCHE, nous avons employé ce mot, parce que c'est celui dont tout le monde se sert, pour désigner cependant des phénomènes bien différents.

Dans l'épilepsie infra-critique, le sujet réagit très souvent d'une manière qui évoque la jalousie, alors qu'en vérité, il n'est pas jaloux. Son sentiment est bien plus élémentaire, immédiat ; c'est une intolérance totale à tout ce qui pourrait être inégalité ou injustice, intolérance si violente qu'elle se manifeste dès le moment où il se trouve dans une situation où il pourrait arriver qu'il soit désavantagé.

5) - l'Instabilité est particulièrement fréquente dans notre population, où nous la retrouvons dans 53% des cas, soit en dehors de (E) (F) trois fois plus souvent qu'en (E), et un peu plus souvent qu'en (F).

LAROUSSE définit l'instabilité comme un "défaut de permanence". On peut admettre qu'elle résulte de deux phénomènes :

- une discontinuité propre au sujet, que nous avons déjà mentionnée à l'étude du niveau mental,
- et une activité motrice dite "de dérivation", sans autre but que d'user le maximum de cet excès d'énergie accumulée par un sujet qui passe le plus clair de son temps social à se contenir.

Dans l'épilepsie infra-critique essentielle, l'instabilité est manifeste chez l'enfant jeune, puis elle est soumise à une repression croissante, qui la transforme en une disposition latente ; elle est alors souvent remplacée par des tics, ou, plus exactement, la repression de l'instabilité provoque souvent l'apparition des tics.

Toutefois, parmi les traits du caractère que nous avons vus, l'instabilité est celui qui menace le moins la permanence de relations sociales. On verra donc souvent réapparaître l'instabilité, de façon transitoire, et comme une soupape de sûreté, chaque fois que le sujet se sentira dans une situation difficile.

Pourquoi l'instabilité est-elle si fréquente dans notre population, et rare dans la population (E) de LAROCHE ? Sans doute parce que les sujets examinés par ce dernier étaient moins jeunes que les nôtres. Et aussi parce qu'étant plus gravement, ou du moins plus violemment déséquilibrés que les nôtres, ils étaient amenés à se contrôler d'une façon beaucoup plus violente que les nôtres.

- 6) - Sur ces traits de caractère que nous venons d'étudier nous voudrions faire certaines remarques.

Dans l'épilepsie infra-critique, les traits de caractère sont désignés par des termes qui ont en commun la même désinence "ITE" (1).

Ceci traduit un aspect fondamental de l'épilepsie infra-critique : la rareté des réalisations, des passages à l'acte, qui viendraient concrétiser des dispositions, pourtant très violentes. Les schizophrènes ont des impulsions, mais nos sujets témoignent d'une grande impulsivité. Les hystériques ont des émotions, et les psychasthéniques sont émotifs, mais nos sujets ont une grande émotivité.

Le choix des mots traduit exactement l'impression du clinicien, qui sent l'existence d'une disposition naturelle pesant si lourdement sur le sujet qu'il la perçoit immédiatement, en l'absence de toute manifestation concrète.

Là où Henry EY parle de "compression", ce que nous rencontrons, c'est la repression, le contrôle, l'extinction forcée ou au moins l'atténuation, à défaut la déviation, de tout ce qui serait expression immédiate échappant au sujet.

Un second point est le besoin impérieux, absolu que semblent éprouver ces sujets, de contrôler et maîtriser leurs réactions. Ce besoin doit être ressenti par eux comme vital pour leur interdire de se laisser aller à être ce qu'ils sont, et leur imposer de refréner toute expression directe de leur vraie nature.

(1) - Deux font exception, pour des raisons euphoniques, la jalousie et l'opposition.

Un autre point, corrélatif aux précédents, concerne le type de réponse que nos sujets s'efforcent de bloquer. Réaction plutôt que réponse, et dont les caractères sont :

- la violence brutale et aveugle,
- l'intensité dramatique et totale, sans rapport avec ce qui l'a déclenchée,
- la soudaineté fulgurante, telle qu'elle fait corps avec l'action qui la provoque, comme avec le sujet qui l'agit.

Action, réaction et sujet, sont aussi indissociables que, par exemple, la percussion, l'explosion et l'obus.

Ce que doivent redouter par-dessus tout nos sujets, c'est quelque chose, ce que nous pouvons peut être nous représenter comme les conséquences d'une déflagration.

Pas plus qu'un obus ne pourrait "penser" son explosion, nos sujets n'ont le temps de penser leurs réactions.

Elles ne sont ni anticipées, ni réfléchies. Elles ne sont pas même conscientes.

Du moins ne sont-elles pas conscientes durant la fraction de seconde pendant laquelle elles sont agies.

Ce que nous décrivons ici est sans rapport aucun avec la crise d'épilepsie : crise psycho-motrice, automatisme ambulatorio, fureur épileptique, colère amnésique, "équivalents" psychiques, ou autres manifestations, figurant au répertoire des formes cliniques de la crise comitiale.

Ce que nous décrivons, c'est un type de comportement que nous ne pouvons observer dans toute sa spécificité que dans l'épilepsie infra-critique, justement parce que l'absence de phénomènes critiques, et

spécialement de pertes de conscience paroxystique, ne laisse place à aucune confusion.

Mais revenons à notre description.

Parfaitement conscient, le sujet brusquement se sent jeté dans une action qu'il n'a ni déclenchée, ni ordonnancée, ni même projetée.

Action qui pourtant ne lui est pas étrangère, et dans laquelle il se reconnaît, dont il se sent et l'acteur et l'auteur. Action dont le déclenchement, en lui, a fait comme un déclic ; mais dont la réalisation a été si brutale, qu'il n'a pas eu le temps d'en sentir le déroulement.

Action dont il ne prend conscience, et, dont il ne mesure les conséquences, qu'à posteriori : par le regard anxieux qu'il jette autour de lui, pour connaître ce qu'il a fait, par les informations, enregistrées par son corps, et qui viennent inscrire, dans sa mémoire, le souvenir inquiétant de cet acte, mais dont la trace, en lui, est encore chaude.

Conscient, il l'était bien sûr ; lucide, un peu moins, car l'émotion l'a submergé. Responsable, sans aucun doute, mais coupable ?

Il n'a même pas été témoin de ce qui s'est passé. Mais si les autres, autour de lui, peuvent dire : "moi, je n'ai rien vu, ça s'est passé trop vite" lui ne peut pas. Qui le croirait ?

Que peut-il dire pour s'expliquer, se justifier ? Que cela s'est déclenché en lui, malgré lui, et qu'il n'y est pour rien ; qu'il ne fallait pas l'énervier, lui chercher noise, qu'il n'avait aucune intention de faire du mal, et puis surtout que maintenant on veuille bien, le laisser tranquille, car il est épuisé.

Qui croira qu'une simple taquinerie a provoqué pareil déchaînement de violence ? Qui pourra croire à sa bonne foi ?

Pas même lui, souvent. Car cet acte, qu'il n'a pas projeté, il l'a pourtant prévu : alors, il pourrait l'éviter, peut-être ?

Il l'a prévu, puisqu'il a eu envie de le faire. Une envie croissante, irrésistible, contre laquelle il a lutté, lutté de toutes ses forces jusqu'au déclic, où pendant un instant, tout s'est brouillé.

Nous pouvons mieux comprendre, maintenant, le besoin qu'éprouvaient nos sujets de se contrôler, de se "verrouiller" pour éviter l'émergence d'actes dont ils ne pourraient plus limiter la portée, ni prévoir les conséquences.

L'étude de l'épilepsie infra-critique nous permet de pénétrer dans l'intimité de ces mécanismes. Mais il est évident qu'ils s'appliquent aussi bien à l'épilepsie, pour autant du moins qu'il s'agit d'actes accomplis en dehors d'un paroxysme critique.

Si nous appliquons nos observations à la querelle qui depuis 150 ans divise les spécialistes sur un plan théorique, et qui sur un plan pratique pose un grave problème à la conscience des experts, que constatons-nous ? Simplement qu'on se bat pour une question cliniquement mal posée : "L'acte commis par un épileptique a-t-il un caractère conscient et mnésique, gardant la culpabilité et la responsabilité de son auteur " ?

A cela nous pouvons répondre :

- 1) - L'acte a été commis par un individu conscient.
- 2) - Il n'a pas été commis de façon délibérée, et son auteur n'avait pas l'intention de le commettre.
- 3) - Il ne lui est cependant pas étranger, car il a eu envie de le commettre : mais il a lutté violemment contre cette envie.

- 4) - La confusion ne nous paraît pas possible avec l'obsession-impulsion dans laquelle le passage à l'acte est précédé par un débat intellectuel ; il y a lutte contre un désir et non contre une envie. Chez nos sujets tout se passe au niveau du corps, avant de se répercuter au niveau de l'intelligence, et le contrôle est assuré physiquement par une hypertonie de vigilance. D'ailleurs, après la réalisation, l'épileptique, critique ou infra-critique, ressent une détente physique, mais aucun soulagement ou plaisir moral. Sauf si son acte n'a pas eu de conséquence fâcheuse.
- 5) - Dès lors que le déclenchement de l'acte s'est opéré, son auteur n'avait plus aucun moyen de l'arrêter.
- 6) - La réalisation a été trop brutale, pour qu'elle puisse s'accompagner d'une prise de conscience simultanée. Mais l'acte figure sous forme d'une trace, dans la mémoire du sujet.

C'est-à-dire que :

- 1) - Au moment de l'acte (qui lui est, ou non reproché) le sujet était conscient.
- 2) - Il n'a pas prémédité la réalisation de cet acte.
- 3) - Mais sa responsabilité est engagée, du simple fait qu'il a pleine connaissance d'un mode de réaction qui lui est habituel.
- 4) - Sa culpabilité doit être diversement appréciée et déterminée notamment en fonction :
 - des mesures générales qu'il prend ou a prises pour éviter de tels accidents,
 - des mesures immédiates qu'il a pu prendre, pour prévenir son interlocuteur, de la survenue immédiate d'une réaction incontrôlable (1),
 - de la pression à laquelle il a été soumis, et de l'insistance de cette pression,
 - des tentatives qu'a pu faire le sujet pour dévier un acte devenu inéluctable.

(1) - Tous les ouvrages cliniques et médico-légaux, font état de tels avertissements donnés par des épileptiques. On peut se reporter, en particulier, à "Etude Médicale sur les Epileptiques", de LE-GRAND DU SAULE (Paris 1817) où certaines observations, particulièrement caractéristiques, sont rapportées.

Nous pensons, quant à nous, que le problème ne doit jamais être tranché systématiquement, ni dans le sens de la responsabilité, ni surtout dans le sens de l'irresponsabilité.

Ces réflexions, dont l'importance est surtout médico-légale, nous amènent à envisager un dernier point : celui de la dérivation des réponses-motrices incontrôlables, dans l'épilepsie infra-critique.

Quand le sujet sent en lui le déclic, qu'il a appris à craindre, comme à reconnaître, il lui reste parfois des moyens de "limiter les dégâts" : c'est d'user, dans une action inoffensive, cette énergie dont la masse arrive à son point critique, ou bien de dévier le coup de son but, de gauchir sa trajectoire au moment où il part.

Nous avons appelé "dérivation", ce mécanisme qui s'applique à une action, dont le contrôle est devenu physiquement impossible.

Dans l'épilepsie infra-critique comme dans l'épilepsie courante, les fugues sont un exemple type de dérivation. Bien entendu, tous les caractères que nous avons décrits précédemment s'appliquent également à l'acte dérivé. Nous espérons apporter quelques lumières dans la compréhension des "fugues chez les épileptiques", question toujours pendante, comme on a pu le constater à l'occasion du récent rapport de BONDUELLE.

LES AUTRES CARACTERES -

1) - Les tics atteignent, dans notre population, leur fréquence la plus élevée : 29% des cas, presque égale à celle de (E) : 27%, mais en dehors de (E) - (F). Par contre, leur fréquence pour (F) est égale à : 0.

L'apparition des tics semble bien correspondre à la répression des activités et des expressions motrices normales pour le

sujet. En effet, moins l'impulsivité s'exprime et plus ils sont fréquents, ce qui est en accord avec l'interprétation qu'on en donne habituellement.

Leur absence dans les formes focalisées paraît en rapport avec les conséquences du processus organique si minime soit-il, qui a déterminé la focalisation. C'est dans ces formes, en effet, que l'on trouve :

- le maximum d'antécédents de traumatisme obstétrical (deux fois plus, environ que dans les autres),
- le maximum d'antécédents convulsifs (deux fois plus, au moins),
- le maximum d'antécédents de retard du développement psychomoteur (trois à six fois plus),
- et le maximum de troubles appartenant au syndrome de "débilité motrice" (trois fois plus, au moins).

Dans l'épilepsie infra-critique focalisée, il existe une perturbation neuro-physiologique, dont le résultat nous apparaît comme une sorte de désharmonisation de l'individu.

Si une comparaison nous était permise, nous dirions que dans la forme essentielle, l'appareil neuro-musculaire du sujet répond de façon globale, comme un montage accordé, à l'entrée duquel serait installé un système amplificateur sans self-inductance appréciable, c'est-à-dire produisant une amplification croissante massivement et sans inertie jusqu'à la rupture.

Au contraire, dans la forme focalisée, l'appareil neuro-musculaire du sujet répondrait comme s'il était constitué d'un assemblage de circuits oscillants, monté en parallèle réagissant les uns sur les autres et soumis à des impédances variées de telle sorte que, les impulsions étant amorties et subissant des retards de phase différents, le fonctionnement d'ensemble deviendrait incohérent et asynchrone.

De fait, cliniquement, ceux qui présentent une épilepsie infra-critique focalisée réagissent d'une autre manière. Leurs réactions sont moins violentes d'emblée, moins instantanément totales, plus dispersées temporellement.

Elles peuvent aboutir à une extinction, non par un épuisement de la décharge, qui soulagerait le sujet, mais par un phénomène analogue à un auto-amortissement, qui le laisse au contraire dans un état de malaise très grand.

Dans d'autres cas, on peut assister à une amplification progressive de la réaction, dont l'amplitude et l'intensité croissent géométriquement, par "recrutement" pour les neuro-physiologistes, mais pour le physicien, suivant un processus qui évoque bien plus un phénomène de résonance (ce qui d'ailleurs n'est pas incompatible). Le sujet éprouve ici une très vive angoisse, en sentant croître en lui la violence de la réaction. Quand la rupture se produit c'est-à-dire au moment de passage à l'acte dans l'épilepsie infra-critique, la réalisation est distordue à travers l'individu, de telle sorte qu'il ne la ressent plus comme une réponse, même inadéquate, à l'évènement qui l'a déclenchée, ou plus précisément enclenchée. Aussi ces expériences sont-elles fondamentalement angoissantes et dépersonnalisantes.

Naturellement, notre modèle est applicable à la clinique de l'épilepsie habituelle, où il peut aider à mieux comprendre certains aspects des crises d'épilepsie partielle à généralisation secondaire.

Il peut rendre compte du caractère parfois paradoxal de certains faits, concernant l'épilepsie focalisée infra-critique.

Le comportement des sujets est plus libre, on pourrait dire plus "libéral", témoignant d'un besoin moins immédiatement impérieux de contrôle, qui va de pair avec une tendance moindre aux réalisations. L'impulsivité, l'instabilité, l'opposition sont plus manifestes, chez ces

individus qui sont apparemment moins agressifs. Les colères éclatent avec autant de fréquence que dans la forme essentielle, mais s'accompagnent beaucoup moins souvent, de violences. Les fugues sont évidemment très rares, les mécanismes de dérivation n'étant d'aucun secours à ces sujets. S'ils paraissent moins émotifs, c'est surtout parce qu'ils sont dysphoriques : il suffisait pour s'en convaincre, de se souvenir que le taux de fabulations et de menaces de suicide atteint chez eux, 50%, alors qu'il est nul dans les formes essentielles de LAROCHE, et qu'il atteint seulement 20% dans notre population. Mais plus probante encore est la fréquence des tentatives de suicide qui atteint le taux exceptionnel, surtout chez l'enfant, de 33%, alors qu'il est de 27% pour (E), et de moins de 14% chez nos sujets.

2) - On appelle terreurs nocturnes à la fois les manifestations de peur de l'enfant qui fait un cauchemar, et les traces du cauchemar persistant à l'état de veille : c'est-à-dire le fait même du cauchemar, et son contenu conscient.

Les terreurs nocturnes sont signalées chez 35% de nos sujets, proportion égale à celle trouvée pour (E) au lieu de 28% pour (F). La différence n'est donc pas très sensible.

Par contre, leur aspect clinique est parfois assez particulier.

Chez certains enfants, dont le sommeil est particulièrement profond (1), les cauchemars peuvent avoir une intensité dramatique. La

(1) - Cette profondeur du sommeil doit être rapprochée des faits étudiés par l'Ecole de Montpellier, et par JOUVET, sous le nom de sommeil rapide, sommeil paradoxal et phase de mouvements oculaires ou P.M.O.



peur qu'ils ressentent leur fait pousser des cris, qui constituent un stimulus à la fois sensitivo-moteur et auditif, interrompant le cauchemar, et les faisant asseoir dans leur lit. Insuffisante pour provoquer l'éveil, l'intensité de la stimulation a mis l'enfant dans un état de pré-éveil : c'est-à-dire qu'il continue à dormir, quoique beaucoup plus légèrement. Laissé à lui-même, ou avec l'aide de quelques paroles ou caresses peu insistantes, il poursuivrait son sommeil faisant éventuellement de nouveaux cauchemars, mais ne gardant de tout cela aucun souvenir au réveil.

Cependant, inquiétés par la violence des cris, les parents accourent et très souvent provoquent l'éveil de l'enfant, en le posant de questions sur ce qui s'est passé.

L'enfant prend alors conscience de la peur qui est encore physiquement inscrite dans son corps, et la rattache tant à l'inquiétude des parents qu'aux traces du cauchemar qui n'ont pas eu le temps de s'effacer.

A partir de ce moment, il a peur de se rendormir, et ultérieurement aura peur de s'endormir.

Le contenu du cauchemar, même s'il n'est pas figuré, et n'est matérialisé que par la peur qui le sous-tend, peut alors fonctionner comme une idée fixe post-onirique, et devenir le support d'une phobie, en particulier d'une phobie d'endormissement.

Ce type de terreurs nocturnes n'est pas spécifique : on le rencontre en principe chez des enfants dont le sommeil est très profond. Sa fréquence nous semble très grande chez les enfants qui ont à l'E.E.G. des ondes lentes paroxystiques, sensibles à l'hyperpnée, et qui, cliniquement, ont une présentation para-psychotique, avec très grande instabilité et désordre du comportement.

Sa fréquence, dans l'épilepsie infra-critique, est nettement plus grande que dans la population de référence, où on le trouve dans 15 à 20% des cas.

3) - Aucun cas d'énurésie n'a été relevé par LAROCHE, dans ses cas d'épilepsie infra-critique essentielle, ce qui va dans le sens du très grand contrôle que ces sujets exercent précocement sur eux.

Dans la forme focalisée, par contre, il trouve l'énurésie 4 fois sur 10, proportion élevée qui doit être rapprochée :

- de la fréquence des antécédents de retard du développement psycho-moteur : 5 fois sur 10,
- de la fréquence des troubles appartenant au syndrome de "débilité motrice" 8 cas sur 10,
- et de l'état de malaise physique de ces sujets.

Dans notre population, la fréquence de l'énurésie est de 12,5%, ce qui ne semble pas différent de la proportion courante, puisque dans sa thèse Didier DUCHE rapporte que sur 1.000 enfants, il a compté :

- 60% d'énurétiques, à 4 ans,
- 20% à 10 ans,
- 10% à 14 ans.

Pourtant, dans notre population de référence, nous trouvons 24% de cas d'énurésie, soit presque le double.

Bien que nous ne puissions fonder notre sentiment sur aucun chiffre portant sur la population générale, nous pensons que dans l'épilepsie infra-critique essentielle, l'énurésie est particulièrement rare.

4) - Les mensonges ont sensiblement la même fréquence de 50% dans les quatre populations (E), (F), (E x F) et P.

Cette fréquence est notablement plus élevée que dans la population de référence, où elle est d'environ 30%.

Il existe cependant une contradiction manifeste, entre le sentiment de franchise, que ces enfants donnent à l'examen et l'opinion de l'entourage, tant scolaire que familial, qui, dans la moitié des cas, les tient pour des "menteurs".

Habituellement d'ailleurs les parents qui reprochent à leurs enfants d'être menteurs ont des exemples tout prêts à fournir à l'appui de leurs dires. Il est remarquable qu'ici l'une de nos premières difficultés ait été d'obtenir un minimum d'exemples concrets, nous permettant de nous faire une idée générale sur les mensonges de nos sujets.

Le "mensonge", dans l'épilepsie infra-critique essentielle, a une longue histoire, que nous allons essayer de découvrir en suivant les chemins qu'elle paraît emprunter.

Posons d'abord que tout mensonge est utilitaire, et qu'il n'existe pas de mensonge gratuit : le tout étant précisément de découvrir et de comprendre de quelle utilité, ou de quelle nécessité le mensonge peut être pour son auteur. Tâche qui n'est pas toujours simple, ainsi qu'on va le voir.

Prenons un exemple. Tel de nos sujets, appelons-le GLYCOCOLLE, a tous les malheurs en classe : les camarades, le travail, la maîtresse, rien ne va à la maison non plus d'ailleurs. Chaque matin, au réveil, la panique le prend, il a vraiment peur d'aller à l'école.

Sa personnalité faisant qu'il vit les choses à l'instant où elles se produisent, il n'anticipe ni les tristesses, ni les joies ; c'est

donc chaque matin, au réveil, et seulement à ce moment, que GLYCOCOLLE est pris de panique.

Le meilleur moyen de ne pas aller à l'école étant d'être malade, il fait semblant d'être malade : c'est la solution qui s'impose à lui, quand il est dans son lit, et qu'il a peur d'aller en classe.

Que sa ruse ait ou non réussi, dès que la situation a changé, une fois levé par exemple, il cesse d'y penser, et cela jusqu'au lendemain.

Mais chaque lendemain à son réveil, GLYCOCOLLE est saisi d'une peur, toute nouvelle, car c'est la peur qu'il a ce matin-là précisément (et pas une autre bien sûr) d'aller dans une classe où tout lui est hostile et compliqué.

Chaque matin, au même problème qui se pose à lui à l'instant, GLYCOCOLLE trouve une solution. Cette solution qu'il a trouvée, elle est originale, il vient de le découvrir. Il ne peut pas en être autrement, puisque le problème qui se pose est nouveau, et qu'il n'est pas le même qu'hier (ce qui est vrai ! mais de toutes façons, pour lui, il n'y a aucun rapport, la preuve en est qu'il n'y a pas de problème d'hier, puisqu'on est aujourd'hui).

GLYCOCOLLE fait donc semblant d'être malade, à peine "semblant" d'ailleurs, car cette école, il en est malade. Et il ne comprend pas qu'un jour, sa ruse finisse par être découverte. Comme il comprend encore moins l'injustice de ses parents, prétendant que tous les matins, il fait la même comédie, avec une obstination exaspérante. Et il essaye de leur faire comprendre, dans leur langage et avec quelle maladresse, ce qui pour lui est une évidence : à savoir, qu'il n'est pas obstiné, et qu'aujourd'hui est aujourd'hui.

Peine perdue : il se fait attraper, sinon punir, très bien il ne sera plus jamais malade (pense-t-il). Mais comme demain est demain, et qu'il a oublié, tout recommence.

Pourtant, le froid aidant, GLYCOCOLLE attrape une angine. Quand, par un de ces matins froids de l'hiver, sa maman vient le réveiller, il a 39° de fièvre, et très mal à la gorge. Mais ce jour là, précisément, il ne se plaindra pas d'être malade : c'est qu'il est tellement "mal fichu"

qu'il ne pense pas à sa peur de l'école. Et la température montant, c'est la maîtresse qui, dans l'après-midi, le renverra chez lui, parce que "vraiment, on n'envoie pas un enfant à l'école quand il a une pareille fièvre".

Le soir, bien entendu, c'est une nouvelle injustice : il se fait attraper par ses parents, consternés par sa "dissimulation" et son "esprit de contradiction". Comment pourrait-il se disculper ?

Mais suivons GLYCOCOLLE, un de ces matins où nous savons qu'il va bien, puisqu'il a prétendu être malade. L'heure du départ approche, et GLYCOCOLLE n'est pas prêt. Il a traîné au lit, traîné sur le petit déjeuner, a fait un quart de sa toilette, s'est énervé sur une tâche urgente (arranger un barreau du bouvreuil) ... Le voilà parti, trop tard d'ailleurs pour être à l'heure. Deux minutes après, il revient essoufflé ... il a oublié son cahier, qu'on cherche dans l'affolement, et qu'on finit par retrouver dans son cartable qu'il n'avait pas quitté d'ailleurs car il a oublié de faire son devoir.

Il se fait encore attraper. Mais cette fois, le voilà parti, affichant la rancune et la tristesse, signes de la vertu méconnue et outragée.

Vous pensez qu'il va courir ? Pas du tout.

D'ailleurs, le spectacle de la rue le captive, et tout ce qui vient à lui le passionne : le chat de la marchande de journaux, une dispute entre deux automobilistes, le livreur de chez NICOLAS qui sort une caisse de sa camionnette, une femme plantureuse qui glisse sur une crotte de chien et tombe sur le derrière.

Il y a bien, comme un nuage tout noir qui grossit en lui, la pensée encore vague qu'il va se faire attraper : mais c'est justement pour cela qu'il traîne, afin de retarder le moment où ...

Soudain, la peur s'empare de lui, il court, court pour arriver à l'école hors d'haleine, à huit heures un quart. Quelques rires fusent, quand il fait son entrée en classe : naturellement il y a toujours des imbéciles pour se moquer de lui. Une colère aveugle monte en lui, qui cesse dès qu'il regarde la maîtresse pour être remplacée par un malaise corporel bien plus pénible.

Et ça commence, au lieu de le punir tout de suite :

- "Tu es en retard" (évidemment ! il le sait bien)

"Comme tous les matins" (ça c'est pas vrai, alors, c'est pas juste)

" Quest-ce que tu as comme excuse, aujourd'hui ? "

- M'dame, j'étais malade.

(Il a tellement retenu ce qu'il pensait, que cette fois, la réponse est partie comme un coup de pistolet).

- "Ah, tu étais malade ? Et c'était quoi ta maladie ?"

- "J'sais pas, m'dame ".

(Comment pourrait-il le savoir, il n'est pas docteur, lui ; les grandes personnes sont injustes et méchantes, elles lui posent des questions comme s'il était docteur).

- "Alors, tu ne sais pas. Très bien GLYCOCOLLE. Et cette maladie, c'est déjà guéri ?"

- "Oh non, m'dame, mais ..."

Quand il était "jeune", il aurait ajouté ce qu'il a failli dire "Maman m'a dit que j'étais pas malade". Maintenant qu'il a de l'expérience, il sait qu'il ne faut pas donner des détails, surtout quand ils sont vrais : ça fait toujours des histoires, avec les grandes personnes.

- "Mais quoi ?"

Il se tait, mine butée. La maîtresse, qui commence à le connaître, estime qu'il serait inopportun d'insister :

- "Bon, tu seras puni, va à ta place ".

"Et maintenant, mes enfants, nous allons continuer la leçon".

GLYCOCOLLE va s'asseoir, ulcéré. Il est sur les nerfs : depuis ce matin, la violence de ses émotions successives devient insupportable. Il pose son livre, qu'il ouvre machinalement n'importe où, happe une question de la maîtresse : "Combien font 40 minutes + 30 minutes et, sans réfléchir, avant toute la classe, répond : "1 heure 10", en même temps que la peur le prend d'en avoir trop dit.

On entend quelques timides ricanements dubitatifs, qui bouleversent GLYCOCOLLE, particulièrement ceux de son voisin ANTOINE, le fils d'une maîtresse de l'école de filles, qui sait toujours tout.

L'institutrice est vraiment surprise, d'autant qu'elle s'attendait à ce que ce soit ANTOINE qui réponde le premier : hier soir, à la leçon particulière qu'elle donne chaque semaine au fils de sa collègue, elle lui a expliqué l'addition des minutes, et même des secondes. Elle s'étonne :

- "Mais c'est GLYCOCOLLE, qui a répondu ! Et sa réponse est juste ! C'est très bien GLYCOCOLLE, Mais au fait, puisque tu sais si bien additionner les heures, tu ne devrais pas arriver en retard, le matin : Enfin, dis-moi comment tu as fait, pour trouver le résultat".

Pauvre GLYCOCOLLE, il est bien en peine, de dire comment il a fait, car il ne sait pas additionner les minutes, ni les heures (ni même les simples nombres quelquefois). Peut-il lui dire qu'en entendant sa question, dans un éclair, il a vu la pendule qui à la maison, sur la cheminée, et qui tous les jours lui rappelle, quand la grande aiguille marque 40 minutes après 7 heures, qu'il sera à l'école 30 minutes plus tard, à 8 heures 10 exactement, avec 10 minutes de retard ?

GLYCOCOLLE se tait, mort de rage et de honte. Et bien entendu, c'est ANTOINE qui lève la main, et qui explique comment on fait cette addition (dont il n'a pas trouvé la somme), et qui laisse entendre que certains, peut-être auraient trouvé la solution en la lisant dans le livre ouvert devant eux.

Et ANTOINE a une bonne note.

Et la maîtresse voit le livre ouvert devant GLYCOCOLLE et le punit pour le principe (car l'addition qu'elle a posée n'est pas dans le livre). GLYCOCOLLE qui n'en peut plus d'injustice, se met en colère, hurle, pleure, déchire son livre et son cahier. Et aussitôt il oublie sa colère.

Enfin, c'est l'heure de la récréation ; il va pouvoir courir, se dépenser. Mais ANTOINE est là, qui lui donne quelques piques. GLYCOCOLLE hésitant, sent la colère se rallumer. Mais quand ANTOINE tend son poignet, pour lui demander de lire l'heure à la superbe montre bracelet que ses parents viennent de lui offrir, c'en est trop : GLYCOCOLLE voit rouge, la rage l'aveugle, il frappe ANTOINE, lui arrache les cheveux, déchire ses vêtements, pulvérise la montre.

Il ne faudra pas moins de cinq personnes pour le maîtriser.

Alors, sa colère tombée, GLYCOCOLLE dira sereinement :

"C'est sa faute, il me cherche".

Nous pourrions suivre tout au long des jours, les mésaventures de notre ami GLYCOCOLLE, sans en apprendre beaucoup plus.

GLYCOCOLLE dit la vérité, car il a une épilepsie infra-critique essentielle. Il dit toujours la vérité, et on ne le croit jamais : ça aussi, c'est injuste.

Il n'en serait pas de même, s'il avait une épilepsie infra-critique focalisée.

A la fois :

- Il pourrait ne pas dire la vérité : un petit décalage, un retard même minime de "transmission", suffit pour que la vérité n'explose pas dans sa bouche, en réponse à la question ;

- et il ne pourrait pas dire la vérité : il y a déjà trop de malaises dans son corps, pour qu'il supporte l'angoisse supplémentaire de s'exposer à n'être pas cru quand il est sincère.

Alors, il raconterait une fable, par exemple :

" Voilà, M'dame, j'ai vu un accident en venant, c'était pas loin de chez moi, y avait le chat de la dame qui vend les journaux, il a voulu traverser la rue. Et puis il y avait une auto qui arrivait qui a failli l'écraser, et le Monsieur, pour pas l'écraser, il a donné un coup de volant, alors il est rentré dans une autre auto. Et puis, ils sont descendus et ils ont commencé à se disputer tous les deux. Et vous savez y a une autre rue qui vient, juste là où ils étaient. Et y avait le camion de chez NICOLAS qui venait par la rue, et il pouvait pas voir qu'ils étaient là. Alors quand il a tourné, il a failli rentrer dedans, et pour ne pas rentrer dedans, il a essayé de pas tourner, et il a renversé une grosse dame, et il y a plein de bouteilles qui sont tombées par terre et qui sont cassées. Alors moi, j'ai aidé à ramasser les morceaux de bouteilles, pour que personne soit blessé. Même que je me suis coupé et puis je me suis sali, alors il y a une dame qui m'a emmené me laver ".

Les traits essentiels du caractère de GLYCOCOLLE sont là :

Il est entier, excessif, et totalement dans l'instant présent. Le passé, fut-il vieux d'une minute, est de l'archéologie ; l'avenir, de la science fiction. Il est aussi incapable de préméditer que de méditer.

Il n'est pas menteur, mais sa vérité n'est pas à l'heure des autres, et sa vérité se retourne toujours contre lui. D'autant plus qu'il l'exprime avec maladresse, car il n'est pas libre de son vocabulaire, et qu'il ne sait pas la prouver : parce qu'il ne comprend pas la nécessité de prouver ce qui lui paraît évident, et aussi, parce que son intelligence est immédiate, et ne lui fournit pas spontanément les moyens d'ordonner logiquement les étapes d'un raisonnement.

On ne croit pas ce qu'il dit : c'est lui qu'on met en doute. On ne le connaît pas, on ignore qui il est vraiment, il en souffre profondément, et chaque marque de méfiance, chaque raillerie ravivent la blessure qui fait de lui un éternel écorché.

Puisqu'on l'ignore, puisque l'on se méprend, il n'ira plus au-devant des autres. Il se renferme espérant que peut-être, on le découvrira.

Il se renferme par pudeur, parce que ses élans portent à faux. Mais aussi par prudence, parce que ses éclats blessent grièvement, tant au propre qu'au figuré.

Ombrageux, hypersensible, explosif, il ne peut avoir de relations stables avec des camarades, qui le boudent après ses éclats, ce qu'il ne peut pas supporter, et surtout qui ont peur de lui, ce qui est encore plus intolérable.

On comprend mal, on prend mal ce qu'il dit ou ce qu'il fait :

il apprend à se refréner, à contenir tout ce qui lui vient. On le met en doute, il apprend à garder tout ce qui vient de lui.

Il a fait un immense effort de "sociabilité" dans l'espoir de ne pas déplaire ; mais il est trop entier pour savoir composer, flatter, séduire.

Qu'importe ! il est obligé, maintenant, de continuer à tricher, à dénaturer. Car de deux maux, il faut choisir le moindre. Et quand on est toujours mal jugé, mal aimé, mal compris, mieux vaut l'être en mentant qu'en se montrant sincère.

Il se sent singulier, différent des autres, au point que ce qui lui arrive, en aucun cas ne pourrait arriver à d'autres.

Il a l'impression d'être en dehors des normes, et pense que tout dans son comportement, peut le trahir en démasquant cette "anormalité".

Il se sent exposé, cerné, traqué, dans la nécessité d'avoir d'abord à se défendre, en ne laissant passer que des réponses ou des attitudes "normalisées". Cette nécessité le révolte et il en veut aux autres de l'y obliger. Il le montre d'ailleurs en ne cédant jamais lorsqu'il est "pris" en train de dire des mensonges, dont la responsabilité pour lui, incombe uniquement aux autres.

Quand il est témoin d'un incident amusant, en sortant quelque peu de l'ordinaire, il ne s'offre pas le plaisir de briller ou d'intéresser en le racontant : il est certain qu'on ne va pas le croire ; du moins il en a peur. Et si, d'aventure, surmontant sa peur, il s'essaye quand même à raconter, son récit est haché menu de preuves, détails criant de vérité, références à témoins et de démonstrations de tous genres, tant et si bien qu'on n'en suit plus le cours, et que devant tant de preuves accumulées, on se prend à douter ...

S'il a une mauvaise note, il essaye de se disculper. Mais ce n'est pas en cherchant des excuses ou en invoquant des prétextes à sa note, c'est en disant que d'autres ont eu de plus mauvaises notes que lui.

Par contre, s'il a bien réussi, si par exemple il est premier, la situation est autrement difficile. Comme il ne peut inventer d'autres premiers à placer avant lui, il évitera d'en parler, répondra à côté, fera tout pour dissimuler ce succès. Ce n'est pas que la position de vedette l'intimide ou lui soit désagréable au contraire. Ce n'est pas qu'il craigne une erreur : il sait qu'il a fait une bonne composition, parce qu'il a compris ce qu'on lui demandait et qu'il a su comment répondre.

Son drame, c'est qu'il est incapable de reproduire les conditions dans lesquelles il comprend les questions et sait comment répondre. Car ces conditions sont un état d'esprit, un sentiment de bien-être, une disponibilité, un état de grâce, toutes choses sur lesquelles justement, il n'a aucun pouvoir.

Aucun travail, si acharné soit-il, ne peut lui procurer la clef de cet état ; tout au plus peut-il pallier ses plus grosses défaillances.

On voit ici comment ces sujets se sentent démunis, mal armés dans la vie, dépendants du hasard.

On peut illustrer cette situation par une phrase dite avec beaucoup d'humour par un médecin :

" J'ai été nommé à mon cinquième concours d'internat, et à mon premier concours de circonstances ".

5) - Il n'y a aucun cas de fabulation dans la forme essentielle décrite par LAROCHE. Le taux est faible, dans notre population : 20%, très inférieur aux 50% de (F).

Dans l'épilepsie infra-critique essentielle, il y a peu de fabulations. Les conditions dans lesquelles elles apparaissent sont d'ailleurs prévisibles, à partir de notre étude sur les mensonges : l'enfant fabule chaque fois qu'il est dans une situation telle, qu'il ne peut prendre à son compte une part suffisante de ce qu'il fait : il est en "déficit". Ces conditions sont endogènes, (importance de la violence, par exemple), exogènes (tension dans la famille, à l'école), personnelles, interpersonnelles, réactionnelles, peu importe.

Ce qui importe, c'est que les fabulations expriment un très grand malaise, une situation où le sujet consomme beaucoup d'énergie, pour obtenir une très petite quantité de satisfactions : une bonne fable qui "marche" procure à son auteur une certaine angoisse, tant qu'il n'est pas sûr qu'elle va prendre ; mais si elle prend, quel plaisir d'avoir "possédé" cet auditoire naïf !.

Quel plaisir, au fait ? Bien ambigu, car notre sujet n'a brillé que parce qu'il a su conter, et qu'il a su tromper. Ses bénéfices réels, dans l'opération, sont bien minces. C'est au comédien que vont les bravos. Toute fabulation qui réussit est une victoire à la PYRRHUS.

La fonction des fabulations est claire : c'est de permettre à l'enfant de se mettre en vedette, par le récit, et de se mettre en scène, par le contenu du récit. Il n'est finalement que le "réalisateur" et "l'adaptateur" d'un scénario. Bien malin, s'il y trouve son compte !

Nous avons vu tout à l'heure, en contant des mésaventures de GLYCOCOLLE, un des modes d'édification d'une fable : l'utilisation des

scènes réelles, extraites des souvenirs les plus récents, qui sont fondamentalement disparates, mais que le sujet réunit, par leur participation ou leur présence, dans un événement unique.

Quoi de plus simple, en effet, que de rassembler quelques vérités, autour d'une histoire vraisemblable ?

Toutefois, la motivation du sujet, n'étant pas seulement d'excuser son retard à l'école, les risques deviennent plus grands quand il a besoin de se mettre lui-même en scène. Ses sources, là aussi, sont concrètes. Il puise dans son entourage : les actions étonnantes, amusantes, surprenantes, brillantes, accomplies par des gens qu'il connaît, actions qui sont remaniées, enjolivées, et racontées par lui comme s'il en était le héros. Petite difficulté technique : il est obligé d'avoir plusieurs auditoires, entre lesquels il maintient des cloisons étanches, sans quoi il se ferait pincer : car il prend ses sources et ses auditeurs dans son entourage immédiat, qui n'est généralement pas si vaste : seule change la répartition.

Mais ces fabulations, nous dira-t-on, ne montrent rien de différent avec celle des autres enfants :

Ceci est en partie vrai : les mécanismes sont les mêmes, mais la nécessité bien différente.

N'oublions pas que dans l'épilepsie infra-critique, les sujets ont horreur de mentir. Les fabulations n'apparaissent, que si le sujet est dans une impasse grave. D'ailleurs à mesure qu'il raconte, il vit tout ce qu'il dit, au point, souvent d'arriver à le croire. Accusé de raconter des histoires, confondu par ses auditeurs, il affirme qu'il dit la vérité,

et le soutiendrait devant le poteau d'exécution.

Ce qu'a écrit LAROCHE à propos des idées délirantes de l'enfant, s'applique exactement à ces fabulations.

L'importance de la fabulation ne se mesure pas en termes de vérité ou de vraisemblance plus ou moins grande ; une histoire vraie qui est réellement arrivée à l'enfant, peut être utilisée comme une fabulation.

Ce qui est important, voire grave, c'est que chez ces enfants la fabulation soit un mode de relation avec autrui, et qu'elle devienne parfois le seul mode de relation possible.

Il faut savoir que le contenu des fabulations montre les problèmes que l'enfant ne peut aborder que sur un mode déréel, c'est-à-dire aliénant.

De même qu'il faut savoir reconnaître les fabulations liées à des besoins mineurs, ou à une conjoncture fâcheuse mais éphémère, pour les distinguer de celles qui sont devenues le seul mode possible de relation, et qui sont le signe d'une exceptionnelle gravité de la situation et de l'extrême urgence d'une intervention.

6) - Les menaces de suicide sont statistiquement étroitement liées aux fabulations, dans les quatre populations.

C'est qu'elles ne sont pas autre chose que des fabulations avec tout ce que ce terme implique pour nous de sérieux ou de grave),

que l'on a isolées artificiellement, pour la simple raison que leur contenu inquiète directement l'entourage, sinon le médecin.

A la vérité, les menaces de suicide sont des fabulations, qui ne sont pas plus inquiétantes que les autres. Elles objectivent l'importance du déficit dans l'équilibre économique du sujet.

On peut d'ailleurs pousser plus loin cette comparaison, et assimiler les fabulations aux billets mis en circulation, chaque fois que devant une crise, un gouvernement choisit la solution qu'est l'inflation. Dans cette comparaison, l'importance des fabulations serait analogue au volume de billets émis, la baisse du pouvoir d'achat, soit : la valeur numérique des billets, montrant la marge d'équilibre de plus en plus étroite du sujet.

Pour nous, nous estimons que les menaces de suicide font simplement partie des fabulations, mais qu'elles apportent justement la preuve de l'importance que l'on doit accorder à toutes les fabulations.

7) - Les colères, les violences ont déjà été étudiées précédemment.

Nous dirons simplement que les colères apparaissent avec une fréquence sensiblement égale dans les quatre populations, entre 85 et 100%.

Quant aux violences, dont le taux est le même pour (E), nous les trouvons dans 62% de nos cas, ce qui est normal, notre population étant beaucoup moins pathologique que celles de LAROCHE.

8) - Nous avons vu la signification de la fugue, en tant que réalisation dérivée, véritable soupape de sûreté vis-à-vis d'une explosion imminente, dans l'épilepsie infra-critique essentielle.

Les fugues sont fréquentes dans notre population : 31% des cas. Le taux est à peu près le même pour (E) : 29%.

Par contre, dans les formes focalisées, où ce type d'explosion n'existe pas, les fugues sont très rares : 5% des cas.

9) - Les vols retiendront un peu plus notre attention. Nous les trouvons dans 40% des cas dans notre population contre 45% dans (E) et 39% pour (F).

Bien qu'ayant une fréquence assez proche dans les deux formes, les vols n'y ont pas exactement la même signification. Il nous semble qu'ils ont une valeur de compensation plus manifeste dans les formes focalisées.

Dans l'épilepsie infra-critique essentielle, la conduite de vol résume, d'une certaine manière, la quasi-totalité de la personnalité du sujet.

Le vol n'est pas prémédité. Il est déterminé par la rencontre fortuite d'un objet qui brusquement déclenche chez l'enfant une violente convoitise ; on peut dire que l'occasion fait le larron, à ceci près que le seuil de convoitise, et celui du passage à l'acte sont plus bas chaque fois que le sujet traverse une période difficile.

Devant l'objet qu'il convoite, l'enfant est en arrêt, son attention est concentrée sur l'objet qui emplit son esprit si complètement qu'il ne pense plus à rien.

Aussi n'organise-t-il pratiquement pas son vol, attendant seulement l'instant le plus favorable, à moins que celui-ci ne tarde trop, auquel cas il ne peut plus se retenir de prendre, ce qui l'entraîne à se faire prendre.

Le vol est donc réalisé sans préméditation, sans méditation, sans plan et sans méthode. Il est direct. C'est une capture, ou plus exactement une prise. Celle-ci est si rapide, que la plupart du temps, personne ne s'en aperçoit, même s'il y a récurrence et même parfois lorsque le vol est quotidien.

La seule chose qui peut attirer l'attention, qui d'ailleurs attire souvent l'attention, c'est la fuite, car dès qu'il a pris cet objet dont il mourait d'envie, l'enfant s'enfuit au grand galop, de façon particulièrement puérile (ce qui est de son âge) pour protéger sa capture.

Ce qu'il a pris est souvent un fruit, un bonbon, une friandise qu'il aime, et il le mange tranquillement, joyeusement, passé le coin de la rue. Sinon, s'il ne s'agit pas de quelque chose de comestible ou si la quantité est telle qu'il ne peut tout manger, sur place, il va distribuer le produit de son vol, car il ne vole jamais pour posséder, mais pour le plaisir immédiat qu'il en retire. La possession, l'appropriation, la propriété sont d'ailleurs des choses qu'il a le plus grand mal à concevoir. En ce qui concerne les autres exclusivement, car il ne supporte pas qu'on lui prenne quoi que ce soit.

S'il a réussi à prendre ce qu'il voulait, sans se faire prendre, l'enfant retire de l'acte lui-même un immense plaisir, car c'est pour

lui une revanche sur la vie, sur les grandes personnes, sur l'injustice. Pour une fois ce n'est pas lui qui est dupe. Pour une fois, enfin, il a le sentiment d'être maître d'une situation, de pouvoir la reproduire à sa guise, de prendre ce qui lui plaît et d'en faire ce qui lui plaît, et non de recevoir des autres, ce que ceux-ci estiment qu'il doit désirer. Quelle joie de disposer de quelque chose qu'il ne doit à personne. Quelle revanche sur le destin !

Au risque de passer pour immoral, il semble que le vol a un tel pouvoir équilibrant chez ces enfants qu'il apparaît comme une condition nécessaire à une bonne santé. Précisons quand même, en passant, que dans l'épilepsie infra-critique les enfants ne volent jamais d'objet de valeur.

10) - Les tentatives de suicide n'ont de remarquable que d'exister car c'est un fait, heureusement très rare, chez l'enfant.

La fréquence dans notre population est d'à peine 14%, ce qui la situe en deçà de (E) - (F), puisque LAROCHE les trouve :

- dans 1/4 de ses cas, pour la forme essentielle
- et dans 1/3 pour la forme focalisée.

Il s'agit toujours de tentatives de suicide réalisées impulsivement, et en dehors de tout chantage sentimental. Dans l'épilepsie infra-critique essentielle, les explosions de désespoir sont si brutales et inopinées, que la tentative est presque toujours imprévisible. Dans la forme focalisée, où elles sont d'ailleurs plus fréquentes, les tentatives, bien que réalisées impulsivement, se produisent quand une situation, qui se détériore progressivement et devient de plus en plus précaire, arrive à son point de rupture. Il est donc en principe, possible

de prévoir qu'un sujet risque de faire une tentative de suicide.

Si la tentative n'entraîne la mort que dans un nombre exceptionnellement faible des cas, ce n'est pas que l'enfant manque de sincérité, ou triche avec lui-même, c'est simplement qu'il n'a pas une notion très précise de la mort. Ce n'est pas la mort qu'il recherche ; il veut sortir d'un mode de vie passager ou durable, mais qui est insupportable.

Arrivant au terme de cette comparaison ; nous avons pu constater que les hypothèses de LAROCHE étaient dans l'ensemble fondées, et vérifiées par l'étude de notre population.

Grâce aux critères stricts que nous avons utilisés, la population que nous avons sélectionnée correspond à des cas d'épilepsie infra-critique essentielle.

Cette population se présente comme la population correspondante de LAROCHE, avec cependant :

- un caractère beaucoup moins pathologique, qui la rapproche d'une population normale,
- et l'existence, avec une fréquence considérable, de difficultés scolaires, qui sont au premier plan des troubles présentés par ces enfants.

A la relecture de ce chapitre, il nous paraît indispensable d'ajouter un mot, une rectification.

Nous avons décrit, les mésaventures, les difficultés, les malheurs, les catastrophes, les soucis qui sont le lot de nos sujets.

Mais nous n'avons pas assez dit, pas assez rappelé qu'ils vivent les choses instantanément et que prompts à désespérer, ils ne sont jamais accablés.

Malgré tant d'avis, envers et contre tout, ils sont très gais et très vivants.

Et même s'ils sont un peu chapardeurs, un peu vifs, un peu violents, ils sont fondamentalement :

" honnêtes, joyeux, bons compagnons "

tel Jean des ENTOMMEURES, dont ils sont sûrement un peu les petits frères.

o

o

o

C H A P I T R E I I I

ETUDE CLINIQUE

Nous sommes arrivés à un moment de notre recherche où il est bon de faire le point, et de procéder à un regroupement d'ensemble des notions que nous avons dégagées.

Nous allons donc reprendre ici les faits les plus saillants, et nous les exposerons en suivant le plan traditionnel des descriptions cliniques.

DEFINITION -

L'épilepsie infra-critique essentielle est un état, caractérisé par une disposition convulsive latente, particulière à certains sujets, chez qui elle existe en l'absence de tout phénomène pathologique actuel ou préalable.

Cette définition exclut, au moins jusqu'à nouvel ordre, les épilepsies infra-critiques focalisées, dans lesquelles le processus de focalisation introduit une distorsion pathogène, que son origine soit lésionnelle, ou qu'elle soit consécutive à une dysharmonie de maturation.

L'épilepsie infra-critique essentielle est le plus souvent une disposition héréditaire et familiale, dont la transmission ne paraît

pas liée au sexe. Il est possible qu'elle apparaisse, dans certains cas, indépendamment d'un facteur génétique ; elle résulterait alors, vraisemblablement, d'un type particulier d'organisation neuro-biologique, apparu et fixé précocement au cours de la maturation des fonctions nerveuses supérieures.

L'épilepsie infra-critique se manifeste :

- électro-encéphalographiquement, par l'existence habituelle de figures électrographiques, analogues à celles que l'on rencontre dans la comitialité généralisée ;

- cliniquement, par un type particulier d'organisation psychologique, qui lui est rigoureusement spécifique (1).

L'épilepsie infra-critique essentielle est, à notre avis, une formule non pathologique d'équilibre psycho-biologique de la personnalité.

Toutefois, il convient d'en connaître très bien les signes, et de savoir en poser le diagnostic, car :

1) - Elle a, chez l'enfant, un retentissement psychologique qui peut entraver sérieusement l'épanouissement de la personnalité ; cette complication est facile à prévenir grâce à des moyens thérapeutiques simples et inoffensifs qui doivent être appliqués systématiquement.

(1) - Le qualificatif de pathognomique, qui vient spontanément sous la plume, n'est pas applicable à un état que nous ne considérons pas comme pathologique en soi.

2) - Dans un certain nombre de cas, elle peut déterminer l'appari-
tion de difficultés scolaires sérieuses et de troubles du caractère et du
comportement, nettement pathologiques, et qui ne peuvent être traités
efficacement que si leur étiologie a été reconnue.

3) - Il est indispensable de savoir la distinguer de la maladie épi-
leptique, cette dernière étant seule justiciable d'un traitement spéci-
fique indéfiniment poursuivi.

4) - Il faut également savoir qu'elle fait le lit de la maladie épi-
leptique, car tout malade présentant des crises comitiales devra rece-
voir :

- un traitement spécifique, destiné à contrôler les crises ;
- et, simultanément, un traitement prolongé, de préférence pré-
ventif, chaque fois que le diagnostic aura été suffisamment
précoce, traitement destiné à contrôler le retentisse-
ment psychologique de l'épilepsie infra-critique sous-
jacente, qui est constamment méconnu chaque fois qu'exis-
te une comitialité patente.

ASPECTS PATHOLOGIQUES DE L'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE

L'épilepsie infra-critique essentielle peut être à l'origi-
ne de trois types de manifestations pathologiques :

- des crises convulsives, déclenchées par des facteurs quelconques
(métaboliques, toxiques, méningo-encéphalitiques, traumatiques, voire
affectivo-émotionnels) et parmi lesquelles il faudra savoir reconnaître :



- les formes "sympathiques", bénignes, dans lesquelles on devra éviter la prescription de médicaments anti-épileptiques ;
 - et les premières manifestations d'une épilepsie-maladie, dans lesquelles il faut au contraire prescrire précocement un traitement anti-convulsif efficace.
- des difficultés scolaires ou caractérielles plus ou moins graves, dont l'acuité peut être en rapport avec :
- des facteurs endogènes : violence de la disposition convulsive, asthénie d'origine quelconque, perturbations métaboliques ou endocriniennes (puberté, par exemple) ;
 - ou exogènes : situations conflictuelles familiales ou scolaires, par exemple.
- enfin, des épisodes psychotiques : apparaissant en règle générale chez les sujets qui présentent une épilepsie infra-critique focalisée, et qui sont soumis à des tensions insupportables du fait de l'action conjuguée de facteurs endogènes et exogènes, entraînant une décompensation au cours d'une situation réelle difficile (sentimentale, économique, etc...).

C'est à l'étude des difficultés scolaires et des troubles caractériels que nous nous limitons.

MODE DE DEBUT -

- 1) - En général, les troubles semblent débiter brusquement, par une écrie" éclatant aux âges privilégiés de 4 ans, 7 ans et 9 ans, dont



les manifestations sont spectaculaires :

- violences sur des frères ou soeurs, parfois, mais plutôt sur des camarades, quelquefois sur des adultes ;
- colères subintrantes ;
- opposition, refus scolaire, instabilité ;
- fugues, vols, tentatives de suicide, etc ...

le tout sur un fond d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité permanente, et s'accompagnant assez souvent de troubles de l'appétit (plutôt anorexie), amaigrissement, troubles du sommeil.

Bien que la crise ait éclaté brusquement, une observation plus attentive aurait pu la faire prévoir, montrant que l'enfant :

- se trouvait personnellement dans une situation de tension interne croissante, marquée par :
 - un contrôle plus violent réduisant la liberté du comportement ;
 - avec une difficulté corrélative d'adaptation aux situations ;
 - et des émergences de colères ou de violences, apparaissant comme des réactions inadéquates à des situations constituant des motivations normalement très insuffisantes.
- et se heurtait en outre à des difficultés de relation avec la famille, les camarades, les éducateurs, ou à des difficultés dans l'acquisition ou l'utilisation des connaissances scolaires.

Il s'agit d'une fille ou d'un garçon, qui a toujours eu tendance à être emporté, violent, personnel, mais chez qui ces traits de caractère n'ont jamais semblé anormaux.

C'est d'ailleurs un enfant vif, éveillé, intelligent, très affectueux, et qui fait des efforts pour se discipliner et se contrôler.

On retrouve souvent des antécédents familiaux de convulsivité, et dans 1/4 des cas, des antécédents personnels de convulsions.

Plus souvent, l'anamnèse montre un léger retard dans l'acquisition du langage :

- premiers mots normalement acquis ;
- mais ensuite retard dans l'extension du vocabulaire, troubles de l'articulation, difficultés dans la construction des phrases.

2) - Dans d'autres cas, le début des troubles est plus insidieux,
sans constitution de crises.

Mais il existe un décrochage scolaire progressif, par incapacité à acquérir les notions les plus élémentaires. C'est cette désinsertion scolaire qui inquiète l'entourage et provoque la consultation.

Elle peut s'inscrire :

- soit dans un climat général d'inadaptation manifeste avec instabilité plus ou moins provocante ;
- soit au contraire dans un comportement d'inhibition avec attitude de réserve, de discipline et de bonne volonté passant pour traduire une bonne adaptation scolaire ; attachement obstiné à un travail le plus souvent infructueux ; comportement général de repliement, d'absence de contacts avec les camarades et d'hyperémotivité.

3) - Plus rarement, il s'agira :

- d'un enfant très jeune, dont les parents s'inquiètent parce qu'il a un très grand retard, ou même une absence totale de langage ;
- d'un enfant vu à la suite d'un épisode convulsif ;
- d'un enfant chez qui les troubles sont découverts à l'occasion d'un examen systématique.
- enfin d'un enfant qui a toujours été difficile, et dont le comportement ne peut plus être toléré ; soit parce qu'il a grandi, soit parce que les conditions d'existence de la famille ont changé.

EXAMEN CLINIQUE -

L'examen clinique doit être pratiqué de façon minutieuse, allant systématiquement à la recherche de signes qui sont rarement fournis d'emblée par l'enfant, ou son entourage, et qui sont les :

quatre signes cardinaux, spécifiques de l'épilepsie infra-critique,
à savoir :

1) - Les colères

a) - dont les caractères propres sont

- le déclenchement soudain, sans aucune latence,
- l'hypermétrie,
- la violence aveugle et clastique,
- la brièveté fulgurante,
- la fin soudaine, sans séquelle à type de rancune, ou bouderie ; mais au contraire tendance euphorique plus ou moins nette, qui peut être initialement masquée par une crainte consécutive à la réalisation coléreuse, et qui dure tant que les conséquences de celles-ci n'ont pas été inventoriées.

- le caractère conscient et mnésique de l'acte, tel que nous l'avons précédemment étudié.

caractères qui sont typiquement comparables à un "coup de tonnerre dans un ciel serein".

- b) - qui sont remarquables par l'inadaptation de la réaction au facteur déclenchant

Celui-ci se réduit toujours, à travers toutes les situations imaginables, au même modèle simple :

- sentiment immédiat d'être victime d'un traitement injuste.
 - ou sentiment d'en être la victime imminente.
- Le quantum de stimulation effective varie :
- avec l'importance plus ou moins grande que cette injustice a pour le sujet, intrinsèquement, en fonction de sa nature ;
 - mais aussi, et de façon beaucoup plus importante, avec l'ensemble du contexte situationnel dans lequel le sujet se trouve : plus ou moins grande émotivité, réceptivité, sensibilité; engagement plus ou moins grand dans la situation; ou au contraire participation accidentelle alors qu'il est plus ou moins totalement engagé dans une autre action, etc ...
- Le seuil de stimulation qui déclenche une réponse coléreuse varie de façon différente, mais aussi importante, en fonction des mêmes facteurs.
- Enfin, la violence de la colère est toujours hypermétrique, mais elle est plus ou moins dramatique en fonction de la combinaison de ces divers facteurs.

- Le sujet est donc effectivement exposé à tout instant à faire une colère dont ni lui ni son entourage ne peuvent prévoir le déclenchement et dont la violence n'entretient aucune relation stable avec la nature du facteur déclenchant.
- Toutes ces raisons concourent à faire apparaître un caractère clinique de très grande importance :

- c) - Le sujet a peur de se mettre en colère, et simultanément l'entourage pressent que le sujet peut être dangereux s'il se met en colère.

Il existe donc une sorte de complicité, ou de consentement mutuel, de la part du sujet et de ses camarades, par exemple, pour éviter les situations dans lesquelles une tension pourrait déclencher une colère.

Ceci se traduit en particulier par un refus réciproque de la compétition, spécialement dans le jeu et dans le sport, où elle entraînerait plus facilement des décharges massives.

- d) - Ces colères ne sont pas projetées, elles n'ont pas de représentation mentale préalable.

Nous avons déjà étudié ce caractère ; si nous y revenons, c'est pour insister sur le fait que dans l'épilepsie infra-critique, la part la plus importante du comportement spontané est faite d'actions ou de réactions dont la réalisation suit l'incitation avec une rapidité foudroyante,

c'est-à-dire sans qu'il y ait habituellement de temps pour une étape réflexive, marquée par une représentation mentale de l'action à effectuer.

Nous verrons qu'un des caractères structuraux de l'épilepsie infra-critique touche précisément les difficultés de représentation mentale des actions.

2) - Les violences ont les mêmes caractères, et marquent simplement, à un degré de plus, la tendance à l'expression motrice, agie, non réfléchie, si fondamentale chez nos sujets

3) - La jalousie - Disons en core une fois que nous utilisons ce mot parce qu'il parle, mais qu'il parle justement très mal de ce qui se passe chez nos sujets.

- la jalousie est un conflit inter-personnel, plus ou moins structuré, mais nécessairement sous-tendu par une comparaison qualitative et quantitative, par rapport à une échelle de valeurs ;

- alors qu'ici il s'agit très précisément du sentiment physiquement intolérable d'être matériellement lésé, en étant moins bien partagé qu'un autre, la personne des deux autres participants étant totalement indifférente à notre sujet pour qui existe seulement le sentiment d'être lésé par un partage injuste.

Nous nous trouvons donc bien devant un sentiment extrêmement primaire et qui, malgré les apparences, ne s'appuie sur aucun conflit inter-personnel.

Ceci nous amène au dernier de nos signes cardinaux.

4) - L'absence de conflits, patents ou latents, structurés sur un mode névrotique.

Ce caractère, déjà remarqué par LAROCHE, mais dont nous n'avons trouvé mention chez aucun des autres auteurs qui ont étudié l'épilepsie, est en effet l'un des plus frappants qui marque l'épilepsie infra-critique, tout spécialement dans sa forme essentielle.

Nos sujets ont une insertion familiale et sociale normale. Ils ont des relations souvent satisfaisantes avec les diverses personnes qui constituent leur entourage.

Toutefois, étant donné leur personnalité, la qualité des relations dépend non de ces personnes, mais des situations successives dans lesquelles nos sujets sont impliqués en même temps qu'elles.

La continuité des relations ne peut donc pas prendre appui sur les personnes, elle ne peut même pas s'appuyer sur une permanence suffisante, réelle, dans le monde de relations offert par ces personnes.

La qualité des relations étant déterminée par les situations, il n'est possible d'obtenir des relations permanentes qu'à condition de figer les situations qui les engendrent, et de les rendre toutes uniformes les unes par rapport aux autres.

C'est pourquoi, tout en ayant des relations parfaitement personnalisées avec leur entourage, nos sujets ne se sentent jamais en conflit de personne avec les individus mais dans des conflits déterminés par les situations, qu'ils n'ont pas su ou pu maîtriser ou aménager.

Ce sont donc des sujets qui ne présentent jamais de névrose, au sens de la clinique psychanalytique classique.

Par contre, ils présentent des "conduites névrotiques" au plein sens du terme : c'est-à-dire au sens où ces conduites sont de type névrotique en elles-mêmes, et où leur nécessité est intrinsèque et indépendante de l'objet auquel elles semblent s'adresser (1).

Il était d'ailleurs facile de prévoir que devant leur tendance primaire à s'exprimer de façon motrice et agie nos sujets seraient nécessairement amenés à user de conduites défensives.

Une autre conséquence importante doit être soulignée : c'est l'importance minime revenant aux individus dans la permanence des relations et, consécutivement, la faible valeur défensive et rassurante qui peut être attachée aux individus. Nous verrons qu'il existe également dans l'épilepsie infra-critique, une difficulté de représentation mentale des personnes.

Tout en permettant de reconnaître l'existence de signes cardinaux de l'épilepsie infra-critique, l'examen clinique met simultanément en évidence, comme nous venons de le voir :

- 5) - Des conduites défensives, qui sont également tout à fait spécifiques de l'épilepsie infra-critique.

(1) - Il faut bien distinguer ces états de ceux que les psychanalystes désignent sous le nom de "névrose de caractère" et dans lesquels il n'existe pas "d'investissement libidinal authentique des objets" mais uniquement "un investissement libidinal des conduites". Les névroses de caractère sont des états para-psychotiques. Dans l'épilepsie infra-critique coexistent "investissement défensif des conduites" et un "investissement libidinal authentique des objets".

Ces conduites ont pour but unique et caractéristique, de protéger l'entourage contre le danger que lui fait courir le sujet, en raison de ses explosions possibles de colères aveugles.

Il existe deux types de conduites défensives :

- celles qui visent à empêcher l'apparition des colères et, à défaut, celles qui visent à dériver les colères, au moment où elles explosent incoerciblement.

- a) - Le blocage des colères utilise toutes les conduites actives, pouvant intervenir à tous les niveaux : réduction des quantités d'excitation perçues, gel des réactions émotives, blocage des éléments de réponse motrice qui, agissant comme un détonateur, pourraient entraîner une réponse globale.

Il est difficile d'envisager systématiquement tous les niveaux d'action spécifiques d'un sujet qui utilise précisément, pour se défendre, l'activité d'un système à action non spécifique : le système réticulaire activateur ascendant.

En effet, dans l'épilepsie infra-critique, les sujets utilisent toujours, dans tous les cas, un seul et unique moyen de contrôle, qui est celui d'une attitude d'hypervigilance volontaire, volontairement entretenue, avec concentration forcée de l'attention sur un objet neutre, et contrôle actif de la respiration.

Le résultat se traduit par :

- une hypertonie posturale active, avec facilitation des réflexes mono-synaptiques, et inhibition des réflexes nociceptifs ;

- une élévation considérable du seuil perceptif pour tous les messages reçus en dehors de la zone où l'attention est concentrée ;
- une désorganisation perceptive, synchronique et dyschronique, portant sur ces mêmes messages, dont les organisations significantes sont bloquées ; de cette sorte, seules sont reçues au niveau des cortex récepteurs les sensations élémentaires, à l'exclusion de messages complexes qui seraient le support de perception (1).
- la disparition des liaisons émotionnelles et affectives habituellement en rapport avec ces signaux, sauf toujours dans la zone neutre où l'attention est concentrée.

Le contrôle des émotions et de l'affectivité est obtenu d'une part grâce au gel consécutif à l'hypertonie, d'autre part grâce à la concentration des affects disponibles dans la zone d'attention neutre, enfin par le contrôle respiratoire actif.

La zone neutre de concentration de l'attention est déterminée de manière à permettre une surveillance marginale des événements susceptibles de se produire. Ceux-ci sont reçus dans la zone de perception protégée, donc sans provoquer de réactions violentes à charge affective, et le sujet les enregistre cependant à temps pour s'y préparer.

(1) - La réalité de tous ces phénomènes a été largement démontrée ce sur quoi nous souhaitons attirer l'attention, c'est leur importance dans les phénomènes envisagés ici.

Il est évident que le résultat global de cette activité est :

- une élévation du seuil perceptif,
- une fragmentation des perceptions, des émotions et des réponses consécutives,
- et un blocage des éléments de réponse entraînant une protection efficace du sujet, mais au prix de sa possibilité de co-existence dans la situation, et de sa continuité d'une situation à l'autre.

Ajoutons que du point de vue de l'électrogénèse, le sujet tire un bénéfice supplémentaire du fait que son tracé se désynchronise comme dans une réaction normale d'éveil, et qu'il se protège ainsi contre la survenue éventuelle de décharges paroxystiques.

- b) - Le deuxième type de conduite défensive est la dérivation, que nous avons déjà étudiée.

Précisons que l'instabilité est une défense complexe, réunissant une dérivation manifeste et une hypervigilance qui ne paraît évidente que lorsqu'on réalise qu'elle s'exprime dans une conduite automatique et sans objet.

L'examen clinique a maintenant mis en évidence les caractères fondamentaux de l'épilepsie infra-critique, caractères dont la spécificité est telle qu'ils ne peuvent en fait, prêter à aucune confusion, et qu'il n'est pratiquement pas besoin de discuter le diagnostic.

Tout au plus pourrait-on évoquer, d'un point de vue purement formel d'ailleurs, les mécanismes de défense que l'on rencontre dans les névroses obsessionnelles.

Il est important maintenant de compléter le bilan avec :

6) - Un examen E.E.G. qui montre en règle générale :

- l'existence de pointes ondes, polypointes ondes ou polypointes rythmiques de fréquence comprise entre 3 et 3,5 cycles seconde, apparaissant spontanément sur le tracé simple.
- ces altérations paroxystiques sont présentes d'une façon beaucoup plus constante que dans l'épilepsie-maladie ; mais parfois il est nécessaire de recourir à une sensibilisation par endormissement.

7) - Le bilan psychologique fournit des renseignements très précieux qui aideront à établir le pronostic, et guideront la thérapeutique.

a) - Quantitativement, l'intelligence est mesurée au W.I.S.C.

Pour P, les quotients intellectuels se répartissent comme le montre le tableau XI.

Pour le quotient global, l'histogramme est déporté vers la gauche (zone des quotients les moins bons), et, la médiane est à QI = 94.

Pour le quotient verbal, l'histogramme est encore plus nettement déporté vers la gauche, et la médiane est à QI = 92.

Cependant, l'histogramme des quotients de performance est au contraire, légèrement déporté vers la droite, avec une médiane à QI = 102. De plus, la distribution est

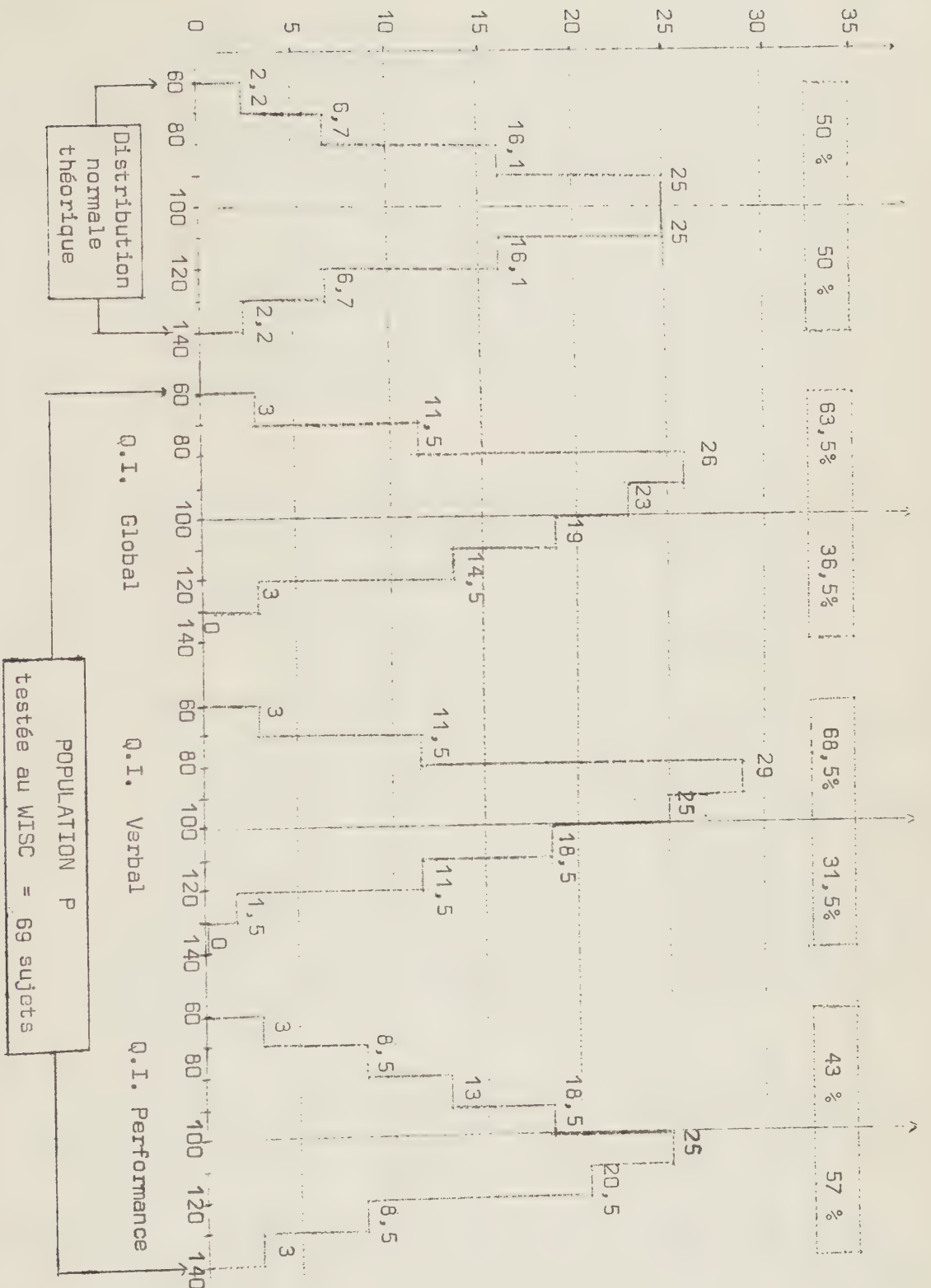


TABLEAU XI

symétrique pour les quotients extrêmes :

$$60/Q.I.P./70 = 3 \text{ cas} = 130/Q.I.P./140$$

$$70/Q.I.P./80 = 8,5 \text{ cas} = 120/Q.I.P./130$$

Ceci suggère que l'élévation du quotient de performance par rapport à la distribution normale, correspond non pas à une intelligence plus élevée, mais à une adaptation acquise, compensant le déficit verbal.

- b) - L'abaissement du Q.I. verbal correspond à un déficit d'expression pur, la compréhension étant normale : ce qui est démontré par la réussite normale aux épreuves dans lesquelles le sujet choisit, parmi plusieurs définitions, celle qui correspond exactement au mot proposé (test de BINOIS et PICHOT par exemple).

Le déficit d'expression verbale est opératoire : bien que le sujet "sache" ce qu'il voudrait dire, il est incapable de l'exprimer verbalement ; il peut par contre, utiliser tout autre mode d'expression : dessin, mais surtout mimique et gestes. Il peut exprimer ce qu'il veut dire par une action extériorisée, alors qu'il n'a pas le libre usage du concept verbal, correspondant à l'intériorisation de cette action.

- c) - Qualitativement le trouble de la verbalisation est marqué, comme l'avait noté WALLON, par une adhérence du mot au concret.

Le mot est lié à une situation précise ou à un objet déterminé, qu'il DESIGNÉ. Il ne s'applique pas aux ensembles parents de toutes les situations analogues, ou de tous les

objets de même nature. LE MOT DESIGNÉ UN SIGNIFIÉ QUI EST LA, IL NE LE REPRESENTE PAS. Ainsi le mot "chaise" ne va désigner que la chaise qui est devant le sujet ; il n'a pas le pouvoir d'évoquer l'ensemble de toutes les chaises, dont elle est seulement un cas particulier.

L'énoncé du mot, du signifiant, introduit matériellement le signifié, qui devient présent concrètement avec tous les affects et toutes les tensions dont il est chargé pour le sujet (1).

Le langage reste fixé à une fonction de désignation, sans accéder au pouvoir de représenter.

Nos sujets ont donc les plus grandes difficultés à se mouvoir dans l'abstrait.

- d) - Au contraire, les résultats sont bons aux épreuves de performance, quel que soit l'état de la structuration spatiale d'ailleurs, ce qui correspond à la bonne adaptation habituelle de ces sujets aux tâches concrètes, pratiques.

Les épreuves ne nécessitant pas de représentation mentale de l'action, sont remarquablement bien réussies. Ce sont les épilepsies infra-critiques qui obtiennent les notes les plus élevées au "code" épreuve du W.I.S.C. qui demande une bonne compréhension des consignes, une attention soutenue et une assez grande rapidité d'exécution, mais qui ne sert à rien et ne veut rien dire.

(1) - C'est ce que l'on peut observer en psychopathologie au cours des accès maniaques les plus typiques.

- e) - Enfin, le sujet échoue lorsqu'il doit établir dans leur ordre de succession chronologique, les opérations aboutissant au résultat. Il existe un déficit de perception, portant sur l'ordre de succession dans le temps, donc sur l'ordonnance logique des relations de causalité, qui cependant sont perçues globalement. Il existe un échec fréquent à l'épreuve des arrangements d'images ; dans les problèmes le sujet peut trouver la réponse qu'il perçoit de façon synchrétique, mais qu'il est incapable de fonder sur un raisonnement, progressant par étapes liées entre elles selon un ordre nécessaire de succession.
- f) - Nous ne pouvons donner que des indications sommaires sur les tests de personnalité, les protocoles nécessitant encore des études approfondies, particulièrement pour le T.A.T.

Au test de RORSCHACH, nous retrouvons sensiblement les deux types de protocoles décrits par Nina RAUSH :

- chez l'enfant jeune, les protocoles avec productivité élevée, richesse émotive et affective sont de très loin les plus fréquents. Parfois, cependant, nous avons rencontré des protocoles avec rigidité intellectuelle, lenteur relative qui nous ont paru correspondre à la personnalité même de l'enfant, et non à son évolution.

- chez le grand enfant, ce deuxième type est nettement plus fréquent, et semble refléter l'expression de contrôle exercée sur eux-mêmes par nos sujets. Cependant ces caractères restent beaucoup moins accusés que dans les protocoles de Nina RAUSH.

Nous avons remarqué les particularités suivantes :

- Le taux de productivité varie au cours du test de façon très nette.
- Les temps de latence sont extrêmement variables, plus la planche suscite de réactions, plus les temps sont peu homogènes (soit un raccourcissement, soit une augmentation).
- Le type d'appréhension est très habituellement global mais :
 - certains sujets ont une appréhension globale d'emblée, particulièrement aux planches-couleurs, très souvent, une perception se trouve en quelque sorte déclenchée alors même que l'ensemble des informations n'a pas encore été enregistré : d'où les formes mauvaises ou médiocres : GF + ou GF -
 - d'autres exercent déjà un contrôle, par fragmentation des informations ; ils perçoivent un détail, parfois un détail de détail, à partir duquel ils "GLOBALISENT" en reconstruisant une forme globale qui s'applique plus ou moins bien sur la planche. Dans ces cas, théoriquement, il y a :

D ou Dd ----- GF +,

la qualité du F étant très aléatoire, puisque le G

est très approximatif.

- Dans tous les cas on retrouve une angoisse manifeste, qui peut être soit :

- une angoisse tout court devant n'importe quoi,
- une angoisse devant quelque chose de significatif pour le sujet,
- une angoisse de devoir fournir un G dont le taux d'approximation est imprévisible,
- une angoisse d'avoir à fournir un G dont le F n'est pas exact.

- Nous avons cru noter, de façon quasi constante, que les sujets avaient une perception primaire angoissante non explicitée, des solutions de continuité, représentées par la lacune perçue dès la première planche.

Cette perception angoissante s'accompagne d'une persévération tacite, entraînant pendant toute la passation du test, un sentiment angoissant de lacune centrale qui gauchit tous les G.

- le type de résonnance intime extra-tensif se rencontre avec une très grande fréquence chez nos sujets, le type coarté étant beaucoup plus rare, surtout chez l'enfant jeune.

- La formule secondaire est souvent dilatée et on retrouve toujours peu de réponses couleurs avec une majorité de couleur forme.

La formule secondaire coartée devient plus fréquente chez le grand enfant

L'EVOLUTION

du sujet dépendra beaucoup plus de facteurs qui lui sont propres, que des conditions d'environnement.

Il nous semble qu'elle est principalement liée :

- au niveau du seuil convulsif, et à l'importance de la marge de sécurité dans laquelle le sujet peut se maintenir, sans pertes excessives d'énergie ;
- à l'intensité et à la violence potentielles, de la convulsivité latente ;
- au niveau d'intelligence ;
- aux possibilités d'expression verbale ;
- aux capacités d'insertion scolaire suffisante ;
- aux possibilités de dépense physique utile ;
- enfin, aux possibilités d'expression émotive directe ou dérivée et à la qualité des échanges affectifs existants.

Des sujets intelligents dont la convulsivité potentielle est peu intense, dont la fragilité verbale est relativement peu importante et compensée par un bon niveau de verbalisation, auront une insertion scolaire brillante, une vivacité d'esprit et une curiosité intellectuelle exceptionnelle, une très grande disponibilité émotionnelle et affective ; un caractère entier, dynamique et enjoué.

D'autres sujets, dont le seuil convulsif est très bas, deviennent des êtres craintifs, anxieux, traqués, dont la mince liberté de comportement va en se rétrécissant, sont contraints de s'installer dans des conduites hypocondriaques, qui les protègent, mais qui, ne débouchant plus sur personne, les enferment dans une solitude dramatique, d'autant plus dramatique, d'autant plus intolérable qu'elle entraîne une surcharge

d'énergie inutilisable, réduisant encore la marge de sécurité.

Chez certains enfants, les réactions émotionnelles sont d'une violence, d'autant plus difficile à imaginer qu'elle reste sans expression mimique, gestuelle ou comportementale.

Lorsque la violence des émotions est en dysharmonie avec des tendances modérées de l'expression motrice, la surcharge émotionnelle croît indéfiniment, jusqu'à atteindre une "cote d'alerte" telle que le moindre incident peut provoquer la dislocation de tout le système de contrôle du sujet.

C'est dans de tels cas que l'on assiste de façon très exceptionnelle heureusement, à des actes objectivement monstrueux qui paraissent aussi incompréhensibles qu'immotivés.

Une observation de LAROCHE rapporte le cas d'un garçon de 8 ans, présentant une épilepsie infra-clinique focalisée. Cet enfant, très fermé, solitaire, silencieux, apparemment inaffectif, passait généralement pour sournois et calculateur, avait eu à trois ou quatre reprises des réactions étranges, qualifiées de "sadiques" : meurtre d'un canari, auquel il avait coupé la langue avec des ciseaux ; éviscération d'un lapin vivant. Sa mère, faisant des courses et, entrant dans une laiterie le pria de l'attendre sur le trottoir. Pourquoi se trouva-t-il qu'il ressentit cette demande banale comme une punition injuste et intolérable ? Il est impossible de le déterminer. Peut être le ton de sa mère lui parut-il un peu bref, un peu sec ?

Toujours est-il, que cet incident parfaitement insignifiant, suffit à déclencher en lui une colère démente. Un instant, il resta aveugle, sourd, muet, comme sidéré par l'explosion de violence qui se déchaînait en lui. Puis la vision lui revint, et dans son champ visuel, un nourrisson dans son landau. Alors, méthodiquement, avec des gestes mesurés et prudents, il prit délicatement le nourrisson à l'envers, par la taille, et le soulevant entre ses deux mains, lui écrasa le crâne sur le trottoir.

Pour être apparemment moins dramatiques, les inadaptés scolaires sont d'autant plus graves que le sujet est plus intelligent. Ses goûts, ses intérêts intellectuels, ses ambitions professionnelles, sont en effet sans proportion avec les possibilités que lui ouvrent les connaissances acquises. Il ne connaîtra dans la vie que l'injustice, la solitude, parmi des êtres qui ne sont ni de sa classe, ni de sa chair, et la certitude ambiguë de n'avoir pas mérité un destin, qu'il a cependant provoqué.

Pratiquement, les évolutions sont difficilement systémisables. Dans la mesure où l'état d'épilepsie infra-critique n'est pas en soi pathologique, le devenir est théoriquement analogue à celui de n'importe quel sujet, normal, mais qui aurait la particularité d'être, en tout, excessif et impulsif et violent, et qui, en outre, aurait des difficultés d'expression le rendant à la fois hypersensible et vulnérable.

Aussi, ce devenir, qui pourrait être simple, est-il constamment gauchi par un besoin de contrôle et une difficulté de communication, privant de toutes possibilités d'être authentiques, des sujets pour qui l'authenticité est justement un besoin vital.

C H A P I T R E I V

PSYCHO-PATHOLOGIE

Quel est le retentissement du "Statut" d'épilepsie sur l'organisation de la personnalité ?

Pour l'expliquer nous aurons besoin de nous appuyer sur des faits, établis par divers auteurs, notamment CESELL, SPITZ, LORENZ, PIAGET ainsi que sur les études psycho-pathologiques de LAROCHE.

Afin d'alléger notre texte, et de rendre sa lecture plus aisée, nous avons regroupé tous ces faits, sans rendre à chaque auteur ce qui lui appartient.

GENERALITES -

L'étude du nouveau-né et du nourrisson montre que l'enfant humain est biologiquement, à sa naissance, un prématuré. Les conséquences de cet état vont lourdement retentir sur sa personnalité.

Pendant les deux premiers semestres de la vie, l'existence du nourrisson est marquée, du point de vue psycho-physiologique, **par** la nécessité de recevoir à intervalles réguliers l'apport alimentaire qui est indispensable à sa survie, et qu'il est incapable de se procurer lui-même.

Au début, sur un fond de sommeil permanent (19 heures sur

24 environ) de brèves périodes d'éveil, surviennent périodiquement, sous l'influence de la faim, ou plus exactement d'un état de pré-carence alimentaire.

C'est à l'occasion de ses courts instants d'éveil, et autour de l'alimentation, que le nourrisson va devoir faire ses premières expériences sensorielles. Or, les périodes d'éveil ne sont mêmes pas utilisables dans leur totalité.

L'observation directe du nourrisson montre que la sensibilité aux stimulations extéroceptives augmente avec la faim, dans certaines limites de tolérance : le nourrisson que l'on réveille ne perçoit rien ; celui qui a faim depuis trop longtemps ne perçoit plus rien : il présente une réaction globale hypertonique de malaise, où toutes ses perceptions sont brutalement désorganisées, et où il ne répond plus à aucun signal ; le nourrisson qui est en train de têter a des perceptions qui s'émeussent avec une très grande rapidité, et alors qu'il présente encore une succion réflexe, il est déjà en train de sombrer dans la nuit du sommeil.

On peut comprendre la nécessité de bonnes conditions d'alimentation pour que les premières acquisitions de l'enfant s'installent favorablement.

LES TROIS PREMIERS MOIS -

La nécessité de recevoir régulièrement un apport alimentaire convenable, détermine l'apparition d'un conditionnement, au sens de PAVLOV.

Le stimulus absolu est la faim (1) état de besoin intérieur,

(1) - Nous estimons que ni le sein, ni le biberon ne sont des stimuli absolus, pas plus que la viande, dans les expériences de PAVLOV. Ce sont des signaux conditionnels associés au stimulus absolu interoceptif, qu'est la faim.

et, le stimulus conditionnel la présence humaine.

Quand les besoins alimentaires sont régulièrement satisfaits, un conditionnement positif peut s'établir à mesure que se développent les perceptions : la présence humaine est conditionnellement liée à la réparation de la faim. Peu à peu, l'alimentation dépasse la simple réparation d'un besoin, et devient agréable.

Le nourrisson peut lier à la présence humaine une satisfaction qui devient un plaisir, dans la mesure où elle cesse d'être étroitement intriquée à la réparation urgente d'une carence biologique.

Pour cela, il faut que se produise une maturation biologique : stabilisation de l'équilibre métabolique, maturation des appareils nerveux et des fonctions qu'ils sous-tendent.

Il faut aussi que l'alimentation soit correctement fournie, la séquence maturante étant :

etat de besoin alimentaire ----> éveil avec sensation proprioceptive de faim ----> délai suffisant pour aiguïser les perceptions --> alimentation, poursuivie par le maintien dans les bras, qui au moment où les périodes de veilles seront plus longues permettra de distinguer besoin alimentaire et plaisir.

Les premières semaines sont marquées par l'organisation progressive des états de tension d'origine interne, en un mouvement d'attente orienté vers la personne qui répare le besoin et dispense des sensations agréables.

Dans les cas favorables, il s'établit un conditionnement positif, stable à partir de 2 mois 1/2 environ, marqué par l'apparition du sourire, lié à la perception du visage humain vu de face : ce qui montre

que le visage humain est devenu un stimulus conditionnel, suffisant à déclencher une réaction agréable.

DU TROISIEME AU NEUVIEME MOIS -

Le nourrisson fait, dans divers domaines, des acquisitions qui évoluent parallèlement à des rythmes différents dont l'importance est fondamentale.

1°/ - Le perfectionnement sensoriel de la vision spécialement va leur permettre de faire un apprentissage discriminatif au terme duquel il sera capable de distinguer le visage de sa mère d'un visage étranger : cette acquisition est marquée par "l'angoisse de 8 mois".

2°/ - L'apparition d'une vocalisation d'abord sommaire, puis qui se précise (lallation).

3°/ - Le développement d'une certaine activité motrice dont les évènements les plus importants sont :

- le maintien de la tête et son redressement ;
- la possibilité de se tenir assis, puis de s'asseoir seul ;
- le développement de la préhension, qui évolue de la préhension réflexe cubito-palmaire à la préhension fine pouce-index acquise vers 9 mois,

Ces activités permettent des acquisitions capitales :

- l'exploration des limites du corps propre, marquée par le jeu avec les extrémités ;
- l'exploration manuelle de l'espace immédiat ;
- l'exploration visuelle du champ.

- le jeu, décrit par FREUD sous le nom de "fort-da" consistant à jeter des objets par dessus le bord du berceau ; la restitution de ces objets par l'entourage fonde la notion primordiale de permanence des objets sortis du champ visuel, et par là, de permanence absolue des objets : notion acquise vers 8 mois.

Désormais, le nourrisson possède les éléments sur lesquels repose le langage :

- apparition de l'adulte lorsqu'il crie ;
- notion d'objet permanent ;
- possibilité de maîtrise des objets, qu'il peut prendre, jeter, reprendre ;
- vocalisation.

Il va pouvoir parler :

- pa-pa-pa, premier son articulé, désigne tout ce qui s'en va ;
- ma-ma-ma, désigne ensuite tout ce qui vient ; puis désigne plus électivement la mère ;
- et dans l'exercice du pa-pa et du ma-ma, vers 9 mois, apparaît enfin le premier mot véritable le "ma-ma" qui désigne la mère présente, appelle la mère qui est à proximité, et représente la mère absente.

LE PROBLEME DE L'EPILEPSIE INFRA-CRITIQUE -

C'est entre le 3ème et le 9ème mois que l'épilepsie infra-critique intervient, et de façon grave.

On sait en effet que c'est vers 5 mois que les premières décharges paroxystiques peuvent apparaître. Dans un système nerveux encore anarchique, elles peuvent être déclenchées par n'importe quelle tension, y compris par l'hypoglycémie imminente. Or, elles entraînent une désorganisation perceptive totale.

C'est donc au niveau essentiel de la constitution de l'objet permanent qu'elle joue, toute tension biologique est susceptible de plonger le sujet dans le chaos, et d'anéantir le continuum extérieur sans lequel il ne se sent plus comme être vivant.

L'épileptique infra-critique peut à tout instant être privé des objets qui sont le support de son sentiment d'existence et de son langage. C'est donc pour sauver son existence qu'il éprouve une telle nécessité irraisonnée de se contrôler et de se "contenir", mot constamment employé par ces sujets, et qui indique précisément ce qu'il craignent : la disparition du contenant.

Il est évident que dans l'épilepsie infra-critique la verbalisation est nécessairement précaire. En l'absence d'acquisition solide de la notion d'objet permanent, le mot ne fera que désigner l'objet présent, sans pouvoir le représenter : c'est en quoi il "adhère au concret". Et c'est pourquoi le domaine de la pensée abstraite reste inaccessible au sujet.

Il existe une parenté structurale avec les enfants pour qui le stade du deuxième conditionnement a été un échec partiel, pour des raisons quelconques d'incidence moins lourde, sur la personnalité : anorexie organique, existence simultanée de deux visages maternels d'importance analogue (quand sa mère travaille dans la journée par exemple), placement nourricier ou séjour hospitalier inopportun.

Ces enfants ont également un trouble primaire de la verbalisation, qui se traduira sur le plan scolaire, par des troubles de la série dyslexie - dysorthographe - dyscalculie.

o

o

o

C H A P I T R E V

APPLICATIONS THERAPEUTIQUES

I - CHAMP d'APPLICATION -

L'épilepsie infra-critique est nous l'avons vue, une structure, une façon comme une autre d'être, avec ses avantages et ses inconvénients, parmi lesquels il faut distinguer ceux qui sont essentiels, et sont corrélativement liés à la structure elle-même, de ceux qui sont accidentels et aléatoires.

Sont accidentels les événements qui ne sont pas une conséquence obligatoire, mais auxquels sont exposés des êtres en raison de leurs propriétés.

L'épilepsie infra-critique n'est pas une maladie pas plus qu'un sujet de structure dyslexique n'est un maniaco-dépressif. Mais de la même façon l'épileptique infra-critique peut devenir ou être épileptique.

Donc :

- tous les épileptiques soit 6 pour 1.000 (environ 5.000 enfants pour notre tranche d'âge).
- tous les épileptiques infra-critiques, soit environ 5 pour 100 (si nous tenons compte des enfants suffisamment intelligents pour "camoufler" leurs troubles et que nous ne voyons pas en consultation) environ 40.000 enfants pour notre tranche d'âge.

ont des difficultés de verbalisation, de communication, de relation, de scolarisation. Sans doute font-ils partie des 37% d'enfants qui, ponctuellement, depuis 25 ans, redoublent le cours préparatoire.

Que doit-on faire pour ces enfants ?

Que peut-on faire pour eux ?

Ne pas les juger.

c'est-à-dire ne pas les traiter comme des méchants, sadiques, voleurs, jaloux, têtes brûlées, mauvaises têtes, fortes têtes, têtes en l'air ou inadaptés sociaux ou scolaires, intellectuels peu doués ou "n'obtiennent malheureusement pas les résultats que son travail et ses applications mériteraient ", "sérieux et appliqués mais peu doués pour les études ".

Dès leur arrivée dans la société ces enfants de par leur constitution accumulent un déficit qui ne fait qu'augmenter au cours des années.

Il est nécessaire de les faire mieux connaître en les expliquant à ceux avec qui ils vivent et par là même : mieux comprendre et accepter par l'entourage.

Ceci implique des mesures préventives et prophylactiques et un traitement médicamenteux.

II - MESURES PREVENTIVES ET PROPHYLACTIQUES -

Ce sont d'abord des mesures d'information, au niveau :

- des Parents,
- du Corps Enseignant,
- et des intéressés eux-mêmes.

Puis dans un second temps, si cette information a pu être correctement réalisée, on envisagera un dépistage, sans craindre de faire glisser des enfants normaux, dans le cadre de l'anormal et du pathologique.

1) - L'information des Parents :

Nous nous heurtons ici à un écueil, dont il est indispensable de souligner l'importance : l'inquiétude des Parents.

Le difficile est d'informer sans alarmer car notre but est de permettre à ces enfants, d'accéder à un développement normal, ce qui deviendrait impossible, si quelque maladresse risquait de les faire considérer comme anormaux, malades, ou épileptiques.

C'est pourquoi il nous semble impossible d'aborder ce problème à partir de position psychiatrique. Le seul abord utile nous paraît celui de la psychologie génétique, et d'une information fondée sur une théorie cohérente de l'édification de la personnalité. Il s'agit pour nous non seulement de "dépsychiatriser" cette question mais de la présenter comme apsychiatrique, en expliquant, dans des séries d'articles publiés dans les journaux touchant le grand public, les problèmes auxquels se heurtent l'enfant, les moyens que l'on possède pour y remédier et surtout le matériel

mis à la disposition des parents.

Cet effort d'information, visant à montrer l'évolution physiologique de l'enfant, les étapes difficiles et importantes, les anomalies qui peuvent découler d'un mauvais passage d'une de ces étapes, nous paraît nécessaire.

- 2) - L'information, vis-à-vis du Corps Enseignant pose un problème plus délicat.

Il faut d'abord tenir compte de la très légitime susceptibilité des éducateurs, qui ont la responsabilité morale, et la charge effective de former l'esprit des enfants qui leur sont confiés, et de leur faire acquérir des connaissances.

Il faut bien penser que leur compétence pourtant indiscutable, est sans cesse vouée aux critiques partiales de parents défendant leur progéniture.

Le corps médical souvent se mêle de pédagogie, et sur des bases théoriques plus ou moins fondées, propose souvent des méthodes inadéquates.

Il s'agit ici de permettre surtout le dépistage des enfants qui passent pour "avoir une bonne adaptation scolaire, mais qui présentent un attachement obstiné au travail, un comportement d'inhibition, une attitude de repliement, un refus de la compétition, une timidité et une hyperémotivité. C'est dans de tels cas que le W.I.S.C. permet de mettre en évidence un déficit entre le Q.I. verbal et le Q.I. performance.

- 3) - L'information des intéressés eux-mêmes sous forme d'un enseignement systématique retournant enfin à ses buts premiers : c'est-à-dire à l'étude de la constitution de la nature humaine.

III - LE TRAITEMENT CURATIF -

A) - Le traitement médicamenteux :

Le devoir du médecin, c'est de soigner, de soulager, voire de guérir. Donc :

1) - Il ne faut pas donner d'anti-épileptiques à ces sujets qui ne sont pas des épileptiques.

2) - Prescrire des tranquillisants

Assez tôt, et de façon prolongée, pour obtenir un déconditionnement des réactions : en d'autres termes, arriver à ce que les mauvaises habitudes se perdent.

Cette thérapeutique permet aux enfants en outre, de ressentir de façon "amortie" les agressions extérieures, et aussi de diminuer la violence de leurs réactions.

Cette diminution du quantum d'excitations reçues et exprimées, libère en partie cette masse d'énergie nécessaire à la mise en tension de ces sujets, et leur permet ainsi, d'accéder à un état d'équilibre moins précaire.

De plus, nous pensons que cette thérapeutique, comme lorsqu'elle est prescrite chez l'anxieux, n'allonge nullement le temps de réaction de nos sujets, mais normalise, au contraire, leur réaction.

Les méprobamates, le Valium, le Librium, le Bripadon, nous ont donné d'excellents résultats.

Nous rapprocherons de cette thérapeutique, celle par les bromures. Nous avons d'ailleurs été surpris de ne pas voir signalées dans la littérature médicale, l'apparition ou l'aggravation des troubles caractériels lors du traitement de l'épilepsie par ce produit.

Nous pensons que cette absence de troubles ne signifie nullement que ce traitement soit le meilleur, mais simplement que le niveau d'action des bromures, n'est pas le même que le luminal qui crée un trouble déficitaire, en même temps qu'il équilibre autre chose.

B) - Rééducation du langage et du calcul :

1) - Fournir des modèles d'actions imitables, imités, et intériorisables, de façon qu'ils puissent servir de support aux opérations mentales. Arriver à la notion d'ensemble en partant de l'unité, ce qui entraîne :

- une augmentation et une multiplication du vocabulaire,
- un élargissement de ce que recouvre un mot, ce qui, en permettant de ne pas le rattacher à une situation bien précise, ou à un conflit, le rend utile et utilisable.

Par exemple : partant de "la chaise" arriver aux ensembles "Chaises et sièges", puis de ce mot siège revenir au mot chaise et en passant par assiéger, venir à siéger (être assis sur son siège ou sur une chaise) etc

2) - Montrer l'importance de l'ordre de succession des mots, des lettres et des opérations :

- par exemple A.R.C. et C.A.R. ;
- en ce qui concerne le calcul il peut être nécessaire de

mettre à la disposition de l'enfant des modèles agis, ce qui entraîne chez lui une action intériorisable, qui lui sert dès cet instant de supports pour les opérations. La notion d'opérateurs peut être utile pour poser mathématiquement le problème.

Par exemple : $a \times b$, si a désigne $1/4$ de tour à gauche en partant d'une position donnée, et b un déplacement de 2 mètres, il est facile de faire constater à l'enfant que $a \times b$ n'est pas le résultat de $b \times a$.

3) - Automatiser :

en faisant appel à la reconnaissance auditive et visuelle des mots joints à une reproduction graphique.

C) - Une Psychothérapie :

près des enfants et des parents de façon à permettre, le libre exercice de la motricité en "société", l'acceptation de la compétition, la pratique des jeux collectifs, en posant la violence, même excessive, comme un risque possible et normalement accepté.

Cet ensemble thérapeutique nécessite la formation de centres d'études et de recherches dans lesquels travailleraient en équipe, médecins, psychologues, pédagogues et assistantes sociales.

C O N C L U S I O N S

Le caractère spectaculaire, dramatique de l'attaque d'épilepsie, l'importance, pour l'établissement du diagnostic, du pronostic et du traitement, de la détermination précise de la forme clinique en cause, de la présence éventuelle de troubles pré ou post-critiques, ou de signes d'accompagnement, entraînent inévitablement le médecin à concentrer son intérêt sur les phénomènes critiques, ceci au détriment de l'étude de ce que l'on a appelé, à tort, "l'état intercritique des épileptiques", et qui est en réalité un état très particulier, permanent, constituant le fond sur lequel peuvent apparaître les crises.

A partir d'une analyse méthodique des formes infra-cliniques de l'épilepsie, nous avons tenté d'isoler les principaux caractères de cet état, et d'en donner une description cohérente. Nous avons en outre essayé de faire une étude raisonnée de son retentissement sur l'organisation de la personnalité.

Outre l'intérêt que nous avons personnellement trouvé à la description de cette étude clinique nouvelle, notre travail nous permet de mieux comprendre les aspects particuliers du caractère des épileptiques, et pourrait apporter une réponse à la vieille querelle concernant l'existence d'une "mentalité épileptique".

La méthode de travail que nous avons suivie est très directement inspirée de l'"Introduction à la Médecine Expérimentale", de Claude BERNARD.

Il nous semble que les moyens d'investigation dont nous disposons à l'heure actuelle, devraient permettre d'arriver à une

connaissance infiniment plus précise de la maladie épileptique, c'est-à-dire :

- de l'état biologique de fond ;
- des facteurs pro-génétiques, génétiques, néo-nataux, etc..., jouant un rôle dans l'apparition de cet état ;
- des facteurs déclenchant l'apparition, puis la répétition des crises.

Enfin, le traitement des informations par des ordinateurs électroniques offrirait la possibilité de réaliser des études normatives sur des échantillons importants de population, et de pratiquer éventuellement le dépistage et même la prophylaxie de certains troubles. Cette perspective n'a rien à voir avec la pratique systématique de l'électroencéphalogramme en milieu scolaire, qui offrirait plus de risques que d'avantages.

°

°

°

Vu : Le Président de la Thèse

Professeur François LHERMITTE

Vu : Le Doyen de la Faculté

Professeur Georges BROVET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- BAILLARGER - Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses.
Masson, Paris, 1861.
- BILLOD E. - Les maladies mentales et nerveuses.
tome I, pp 1-57, Masson, Paris, 1880.
- BLANC Cl. - Les foyers temporaux gauches dans les états névrotiques et dépressifs.
(communication à la séance de la Société d'Electro-encéphalographie des 5 et 6 décembre 1961).
- BLANC C., NEYRAUT M.T. et DREYFUS-BRISAC C. - Note sur les localisations temporales chez l'enfant.
Revue de neurologie, 1960, 103, 3, pp 256-260.
- BOUCHUT E. - De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme.
Baillière et fils, Paris, 1860.
- BOUILLAUD J. - Traité de nosographie médicale.
tome III - Baillière, éd., Paris, 1846.
- BRIDGE E.M. - Epilepsy and convulsive disorders in children.
Mc Graw-Hill Book Co Inc.
New-York - Toronto-London, 1949.
- BRILLET B. - Quelques faits et quelques théories récentes relatifs à l'étiologie, la pathogénie et au traitement de l'épilepsie.
Thèse de Paris, 1921.
- BRISSOT M. et BOURILHET H. - La démence chez les épileptiques.
Maloine, ed., Paris 1921.
- BUVAT J.-F. - Essai de traitement de la migraine et de l'épilepsie par les solutions hypertoniques.
Thèse de Paris, 1938.
- CHASTENET de PUYSEGUR A.M.J. - Les fous, les insensés, les maniaques et les frénétiques ne seraient-ils que des somnambules désordonnés ?
Dentu, Paris, 1812.
- COLLIN A. - Convulsions et épilepsie des enfants.
Doin et Cie, Paris, 1926.

- COMBAL P.M. - Des maladies spasmodiques.
Thèse d'agrégation, Montpellier, 1849.
- COMBRET J. - De l'épilepsie larvée (symptômes et diagnostic)
Thèse de Paris, 1896.
- CONDOMINE A. - Contribution à l'étude de la démence chez les épileptiques aliénés.
Thèse de Lyon, 1908.
- CORTOT Jean - Contribution au traitement de l'épilepsie.
Thèse de Paris, 1894.
- DELASIAUVE - Traité de l'épilepsie.
Masson, PARIS, 1854.
- DELAY J. et VERDEAUX G. - Electro-encéphalographie clinique.
Masson, Paris, 1966.
- DUCOSTE M. - De l'épilepsie consciente et mnésique.
Thèse de Bordeaux, 1899.
- DUNANT P.-L. - Recherches et observations sur l'hystéro-épilepsie.
Thèse de Paris, 1863.
- FALRET J. - De l'état mental des épileptiques.
Asselin, Paris, 1861.
- FAURE J. et GUERIN A. - Au sujet de l'électroencéphalogramme des enfants caractériels.
Revue neurologique, 1958, 99, pp209-219.
- FEUILLET Ch. E.P. - L'épilepsie cardiazolique.
Le François, PARIS, 1940.
- FINGERHUT-Simon - Contribution à l'étude des correctifs des barbituriques dans le traitement de l'épilepsie.
Thèse de Paris, 1939.
- GASTAUT H., TERZIAN H. et GASTAUT Y. - Etude d'une activité électro-encéphalographique méconnue : "le rythme rolandique en arceaux".
Marseille médical, 1952, 89, pp296-310.
- GILBERT-ROBIN - L'épilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde.
Doin ed., Paris, 1932.

- GREMEAUX A. - Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par le diphényl-hydantoate de soude.
Thèse de Paris, 1943.
- HEROGUELLE A. - Contribution à l'étude du traitement de l'état de mal épileptique.
Thèse de Paris, 1895.
- LAMANDE E. - Etude sur les convulsions épileptiformes produites par les injections d'air ou de liquide dans la cavité pleurale.
Thèse de Paris, 1896.
- LAROCHE J. - Troubles du caractère et altérations E.E.G. paroxystiques chez l'enfant. Etude des corrélations électro-cliniques à propos de 52 cas.
Communication présentée avec le Professeur MICHAUX au Congrès international de Pédo-psychiatrie, Lisbonne 1957.
- LAROCHE J. - Problèmes cliniques, nosologiques et thérapeutiques posés par l'épilepsie infra-clinique de l'enfant.
Communication présentée avec le Professeur HEUYER au Congrès International de Pédo-psychiatrie, Lisbonne 1957.
- LAROCHE J. - Contribution à l'étude des psychoses schizophréniques de l'enfance.
Mémoire de Médaille d'Or de l'Internat, Paris, 1958.
- LAROCHE J. - Etude clinique des états délirants de l'enfant.
Thèse de Paris, 1959.
- LAROCHE J. - Signification du transitivisme chez l'enfant.
Communication à la Société de Neuro-psycho-pathologie de l'enfant, Paris, 1959.
- LAROCHE J. - Réflexions à propos du délire chez l'enfant.
Prix de l'Evolution psychiatrique 1959. L'Evolution psychiatrique, II, 1960, pp217 à 252.
- LAROCHE J. - Signification psycho-pathologique de certaines anorexies mentales psychotiques de la pré-puberté.
Communication à la Société de Neuro-psycho-pathologie de l'enfant, Paris, 1960.
- LAROCHE J. - L'anorexie de la première enfance. Aspects cliniques et nosologie.
Communication à la Société de Neuro-psycho-pathologie de l'enfant, Paris, 1962.

- LAROCHE J. - Troubles du caractère chez l'enfant. Leur place dans l'évolution de l'enfant.
Perspectives psychiatriques, 2, 1963, pp 7 - 13.
- LAROCHE J. - La notion de structure primaire en psycho-pathologie : la structure hystérique.
Conférence à l'Evolution psychiatrique, Paris, 1963.
- LAROCHE J. - Les troubles du langage dans l'épilepsie infra-clinique de l'enfant.
Communication au Congrès International de Pédo-psychiatrie, Rome, 1964.
- LEBOVICI S. - Les tics chez l'enfant.
P.U.F., Paris.
- LEGRAND du SAULLE - Etude médico-légale sur les épileptiques.
Delahaye, Paris, 1877.
- LE GUEVEL de la COMBE A. - Essai sur l'épilepsie.
Thèse de Montpellier, 1831.
- MAGNAN V. - Leçons cliniques sur l'épilepsie.
Progrès Médical, Paris, 1882.
- MANGEMATIN G. - Les idées actuelles sur le traitement de l'épilepsie.
Thèse de Paris, 1904
- MARCHAND L. - Pouls et température dans les accès épileptiques.
Thèse de Paris, 1898.
- MARINESCO G. et SERIEUX P. - Pathogénie et traitement de l'épilepsie.
Bruxelles, 1895.
- MAUREL B. - L'épilepsie d'origine gastrique.
Thèse de Paris, 1905.
- MILLAN Alfonso - L'inadaptabilité sociale des épileptiques et son rôle dans la délinquance.
Thèse de Paris, 1931.
- MISES R., LERIQUE-KOECHLIN A. et CRENZ A. - De l'opportunité d'un traitement chez les enfants porteurs d'anomalies électro-encéphalographiques, dites "épileptiques", sans signes cliniques de comitialité.
Revue neurologique, 1964, 110, n° 3, pp 255-256.

- MORLOT Ed. - Sur une forme grave de l'épilepsie.
Thèse de Paris, 1881.
- MUNDY-CASTLE A.C. - Electrical responses of the brain in relation
to behaviour.
British Journal of Psychology, 1953, 44, 318-329.
- MUNDY-CASTLE A.C. - The electroencephalogram and mental activity
E.E.G. clin. Neurophysiology, 1957, 9, 643-655.
- MUSSET H. - Traité des maladies nerveuses ou névroses.
Germer Bailliere, Paris, 1844
- PAGNIEZ Ph. - L'épilepsie - Conceptions actuelles sur sa pathogénie
et son traitement.
Masson et Cie, Paris, 1929.
- PICARD J. - Des actes automatiques de nature comitiale.
Thèse de Paris, 1927.
- PRIBAT H. - De l'exhibition chez les épileptiques.
Thèse de Paris, 1894.
- REMOND A. et LESEVRE N. - Remarques sur l'activité cérébrale des su-
jets normaux.
in : Conditionnement et réactivité en E.E.G. .
Masson, Paris, 1957, pp235-253.
- ROBERT P. - De l'épilepsie consécutive à la trépanation.
Thèse de Paris, 1900.
- SAUGUET H. et DELAVELEYRE R. - Les comportements psychologiques des
enfants et des adolescents épileptiques.
La Psychiatrie de l'enfant, I, 2, pp261-334.
P.U.F., Paris, 1958.
- SCHAPIRO D. - Etude sur l'épilepsie. Son traitement par la résection
du grand sympathique.
Thèse de Paris, 1898.
- SOREL L. - Les manifestations épileptiques.
Nauwelaerts, Louvain, 1961.
- SWICK A. - Contribution à l'étude des délires d'allure mystique au
cours des états épileptiques.
Thèse de Paris, 1934.

- TASTEVIN J. - L'asthéo-manie post-épileptique.
Thèse de Paris, 1911
- VOISIN J. - L'épilepsie
Félix Alcan, Paris, 1897.
- Dr WALLON H. - L'enfant turbulent.
Librairie Alcan, Paris, 1925.

Au cours de cette thèse, nous avons mentionné les oeuvres d'auteurs connus, qui se sont particulièrement penchés sur l'épilepsie.

L'importance de leurs travaux ne nous a pas permis de les citer tous, dans cette bibliographie.

